

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Uraian Teori

1. Anestesi Umum (*General Anesthesia*)

a. Pengertian

Anestesi general merupakan teknik yang paling sering dipilih dalam melakukan tindakan operasi sebagai salah satu cara penghilang rasa sakit saat akan menjalani operasi, diikuti dengan hilangnya kesadaran. Ketidaksadaran tersebut yang memungkinkan pasien untuk mentolerir prosedur bedah yang akan menimbulkan rasa sakit tak tertahankan (Sally *et al*, 2013). Selama anestesi, pasien tidak sadar tetapi tidak dalam keadaan tidur yang alami (Press, 2013).

b. Teknik Anestesi Umum

Menurut Mangku dan Senapathi (2010) teknik anestesi umum ada 3 macam, yaitu:

1) Teknik anestesi umum *total intravena anestesi* (TIVA)

Teknik anestesi umum intravena merupakan salah satu teknik anestesi umum yang dilakukan dengan jalan menyuntikan obat anestesi parenteral langsung ke dalam pembuluh darah vena (Mangku dan Senapathi, 2010).

2) Teknik anestesi umum inhalasi

Teknik anestesi umum inhalasi merupakan teknik anestesi yang dilakukan dengan jalan memberikan kombinasi obat anestesi inhalasi berupa gas dan atau cairan yang mudah menguap melalui alat/mesin anestesi langsung ke udara inspirasi. Menurut Mangku dan Senapathi (2010), ada beberapa teknik general anestesi inhalasi antara lain:

- a) Inhalasi sungkup muka, komponen trias anestesi yang dipenuhi adalah hipnotik, analgetik dan relaksasi otot ringan. Dilakukan pada operasi kecil dan sedang di daerah permukaan tubuh, berlangsung singkat dan posisi terlentang.
- b) Inhalasi sungkup Laryngeal Mask Airway (LMA), komponen trias anestesi yang dipenuhi adalah hipnotik, analgetik dan relaksasi otot ringan. Dilakukan pada operasi kecil dan sedang di daerah permukaan tubuh, berlangsung singkat dan posisi terlentang.
- c) Inhalasi Pipa endotracheal (PET) nafas spontan, komponen trias anestesi yang dipenuhi adalah hipnotik, analgetik dan relaksasi otot ringan. Dilakukan pada operasi di daerah kepala-leher dengan

posisi terlentang, berlangsung singkat dan tidak memerlukan relaksasi otot yang maksimal.

- d) Inhalasi Pipa Endotracheal (PET) nafas kendali, komponen anestesi yang dipenuhi adalah hipnotik, analgetik dan relaksasi otot. Teknik ini digunakan pada operasi yang berlangsung lama >1 jam (kraniotomi, torakotomi, laparatomi, operasi dengan posisi lateral dan pronasi).

3) Teknik anestesi umum imbang

Teknik anestesi umum imbang merupakan teknik anestesi dengan mempergunakan kombinasi obat-obatan baik obat anestesi intravena maupun obat anestesi inhalasi atau kombinasi teknik anestesi umum dengan analgesia regional untuk mencapai trias anestesi secara optimal dan berimbang (Mangku dan Senapathi, 2010).

c. Fase Anestesi

Menurut Mangku dan Senapathi (2010), ada 3 fase anestesi, meliputi:

1) Fase Pre Anestesi

Pelaksanaan suatu kasus operasi, ada yang bisa direncanakan, ada yang harus segera dilakukan. Bila operasi telah direncanakan beberapa saat sebelumnya disebut sebagai operasi terencana (*elective*), sedangkan

bila operasi dilakukan secara mendadak atau gawat darurat disebut sebagai operasi *cito* (Roesli, 2010).

Tindakan bedah juga dapat dibedakan antara pembedahan resiko tinggi (*high-risk procedure*) dan pembedahan dengan resiko rendah (*low-risk procedure*). Sesuai dengan standar JCAHO (*The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*) bahwa setiap pasien yang akan mengalami anestesi, harus dilakukan evaluasi preanestesi (Courtney *et al*, 2007).

Pada tahap pre anestesi, seorang perawat akan menyiapkan hal-hal yang dibutuhkan selama operasi. Contoh : pre visit pasien yang akan melakukan operasi, pasien mencukur area yang akan melakukan operasi, persiapan catatan rekam medik, persiapan obat premedikasi yang harus diberikan kepada pasien (Mangku dan Senapathi, 2010).

2) Fase Intra Anestesi

Pada fase intra anestesi, seorang perawat anestesi akan melakukan monitoring kepada pasien. Perawat anestesi akan melihat hemodinamik dan keadaan klinis pasien yang menjalani operasi, salah satunya adalah adanya sekret yang menumpuk akibat pemasangan alat untuk mematenkan jalan nafas. Zat-zat anestestik

intravena dan abar (volatil) serta opioid semuanya menekan pernafasan dan menurunkan respon terhadap CO₂ (Mangku dan Senapathi, 2010).

Hiperkapnia atau hiperkarbia (PaCO₂ dalam darah arteri meningkat) merangsang kemoreseptor di badan aorta dan karotis dan diteruskan ke pusat nafas, terjadilah nafas dalam dan cepat (hiperventilasi). Selain itu, agen inhalasi pada general anestesi memiliki efek melemahkan reflek fisiologis tubuh dalam membersihkan mukus. Ditambah lagi dengan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya mukus sehingga timbul yang dinamakan hipersekresi mukus (Soerasdi *et al*, 2010).

3) Fase Pasca Anestesi

Pada fase ini, perawat anestesi membantu pasien dalam menangani respon-respon yang muncul setelah tindakan anestesi. Respon tersebut berupa nyeri, mual muntah, hipotermi bahkan sampai menggigil (Mangku dan Senapathi, 2010).

d. Stadium Anestesi

Saat anestesi dilakukan, seseorang akan memasuki stadium anestesi melalui beberapa tahap. Tahapan anestesi tersebut akan tampak nyata jika menggunakan eter. Menurut

Pramono (2014) membagi anestesi umum dalam 4 stadium (stadium III menjadi 4 plana), yaitu:

- 1) Stadium I : stadium ini sering disebut dengan stadium analgesia atau stadium disorientasi. Stadium ini dimulai dari pemberian anestetik hipnotik sampai hilangnya kesadaran. Pada stadium ini, pasien masih mampu mengikuti perintah dan terdapat analgesia. Stadium ini berakhir dengan ditandai hilangnya reflek bulu mata yang diketahui dengan melakukan rabaan pada bulu mata (Pramono, 2014).
- 2) Stadium II : stadium ini juga disebut dengan stadium eksitasi atau stadium delirium. Stadium ini ditandai dengan pernapasan yang irreguler, pupil melebar dengan reflek cahaya, penggerakan bola mata tidak teratur, adanya lakrimasi, tonus otot meninggi, serta diakhiri dengan hilangnya reflek menelan dan kelopak mata (Pramono, 2014).
- 3) Stadium III : stadium ini ditandai dengan hilangnya pernapasan spontan, hilangnya reflek kelopak mata, dan dapat digerakkannya kepala ke kanan dan ke kiri dengan mudah. Stadium III dibagi menjadi 4 plana, yaitu:
 - a) Plana 1 : pernapasan teratur, spontan, dada dan perut seimbang, terjadi gerakan bola mata involunter,

- pupil miosis, reflek cahaya ada, lakrimasi meningkat, reflek faring dan muntah tidak ada, dan belum tercapai relaksasi otot lurik yang sempurna.
- b) Plana 2 : pernapasan teratur, spontan oleh perut dan dada, volume tidak menurun, frekuensi meningkat, bola mata tidak bergerak (tetapi terfiksasi di tengah), pupil midriasis, reflek cahaya mulai menurun, relaksasi otot sedang, dan reflek laring hilang sehingga proses intubasi dapat dilakukan.
 - c) Plana 3 : pernapasan teratur oleh perut karena otot interkostal mulai paralisis, lakrimasi tidak ada, pupil midriasis dan sentral, reflek laring dan peritonium tidak ada, serta relaksasi otot lurik hampir sempurna (tonus otot semakin menurun).
 - d) Plana 4 : pernapasan tidak teratur oleh perut karena otot interkostal paralisis total, pupil sangat medriasis, reflek cahaya hilang, reflek sfingter ani dan kelenjar air mata tidak ada, serta relaksasi otot lurik sempurna (tonus otot sangat menurun).
- 4) Stadium IV : terjadi paralisis medulla oblongata, dimulai dengan melemahnya pernafasan perut dibanding stadium III plana 4. Pada stadium ini, tekanan darah tidak dapat diukur, denyut jantung berhenti, dan akhirnya terjadi

kematian. Keluhmpuhan pernapasan ppada stadium ini tidak dapat diatasi dengan pernapasan buatan (Pramono, 2014).

e. Pengaruh Anestesi

1) Sistem Kardiovaskuler

Sebagian besar zat anestestik menekan fungsi miokardium. Eter, siklopropan dan ketamine meningkatkan aktivitas simpatis dengan mempertahankan curah jantung selama anestesi ringan. Halotan, enfluran menekan aktivitas simpatis menyebabkan kontraksi jantung menurun dan vasodilatasi perifer. Halotan juga memperkuat aktivitas parasimpatis menyebabkan bradikardia (Latief *et al*, 2010).

2) Sistem Saraf Pusat

Trauma saraf perifer dapat timbul selama perioperasi sebagai akibat posisi yang tidak tepat di bawah anestesi regional atau anestesi umum. Trauma regangan pleksus brakialis dapat timbul jika lengan dibiarkan abduksi lebih dari 90°. Trauma pada nervus optikus atau retina dapat terjadi pada posisi tertelungkup sebagai akibat kompresi bola mata. Trauma kornea dapat timbul sebagai akibat paparan pada pasien yang tidak sadar (Shenoy dan Nileshwar, 2014).

3) Sistem Respirasi

Pengelolaan jalan napas pasien dalam anestesi dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain dengan manuver tripel jalan napas (*triple airway maneuver*) atau dengan pemasangan alat seperti alat jalan napas faring (*pharyngeal airway*), sungkup muka (*face mask*), sungkup laring (*laryngeal mask*) dan pipa endotrakeal (*endotracheal tube*) atau dikenal sebagai intubasi. Di antara berbagai pilihan tersebut, intubasi adalah teknik yang lebih sering digunakan karena lebih cepat, akurat, sederhana dan aman dimana semua sasaran dari pengelolaan jalan napas dapat dicapai yaitu mempertahankan patensi jalan napas, mempermudah oksigenisasi dan mencegah aspirasi. Meskipun memiliki berbagai kelebihan bukan berarti intubasi bebas dari komplikasi (Fahriani *et al*, 2014).

4) Ginjal

Semua obat anestetik baik abar (volatil) atau suntikan berpotensi mengganggu fungsi ginjal baik secara langsung atau tidak langsung akibat perubahan tekanan darah sistemik, curah jantung, dan lepasan hormon anti diuretic (ADH). Halotan, enfluran, dan isofluran menurunkan tahanan vaskuler ginjal (Latief *et al*, 2010).

5) Hepar

Fungsi hepar dapat terganggu akibat anestesi umum atau regional. Pasien dengan gangguan fungsi hati dapat berkembang menjadi gagal hati selama pra bedah misalnya sirosis hati dan ikterus obstruktif. Gagal hati juga dapat terjadi sebagai komplikasi infeksi seperti hepatitis atau sepsis (Shenoy dan Nileshwar, 2014). Penggunaan halotan mengganggu fungsi hepar, sehingga dapat menyebabkan hepatitis halotan. Tanda-tanda halotan hepatitis dapat berupa demam, *eosinophilia*, & disfungsi hepar (Latief *et al*, 2010).

f. ASA (*American Society of Anesthesiologist*)

Setiap pasien menurut Pramono (2017), harus dinilai status fisiknya untuk menunjukkan apakah kondisi tubuh normal atau mempunyai kelainan yang memerlukan perhatian khusus. Status fisik dinyatakan dalam status ASA.

Tabel 1. Status Fisik Pasien

Kelas	Status Fisik	Contoh
I	Pasien normal (sehat), tidak ada gangguan organik, fisiologis & kejiwaan, tidak termasuk sangat muda dan sangat tua, sehat dengan toleransi latihan yang baik	Pasien sehat
II	Pasien memiliki kelainan sistemik ringan. Tidak ada keterbatasan fungsional, memiliki penyakit yang terkontrol dengan baik dari satu sistem tubuh	Hipertensi, riwayat asma, diabetes mellitus terkontrol
III	Pasien dengan kelainan sistemik	Gagal jantung kongestif

	berat, terdapat beberapa keterbatasan fungsional, memiliki penyakit lebih dari satu sistem tubuh, tidak ada bahaya kematian	terkontrol, angina stabil, hipertensi tidak terkontrol, gagal ginjal kronis
IV	Pasien dengan kelainan sistemik berat yang mengancam jiwa. Pasien dengan setidaknya penyakit berat yang tidak terkontrol	Angina tidak stabil
V	Pasien dengan atau tanpa operasi diperkirakan meninggal dalam 24 jam	Sindrom sepsis dengan ketidakstabilan hemodinamik

Sumber : Pramono (2017)

2. Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Istilah kecemasan dalam Bahasa Inggris yaitu *anxiety* yang berasal dari Bahasa Latin *angustus* yang memiliki arti kaku, dan *ango, anci* yang berarti mencekik (Widosari, 2010).

Kecemasan adalah perasaan yang tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai respon otonom (sumber terkadang tidak jelas atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya (Herdman, T.H, 2010). Menurut Smeltzer dan Bare (2013), kecemasan pre operasi merupakan suatu respon antisipasi terhadap pengalaman yang dianggap pasien sebagai suatu ancaman dalam peran hidup, integritas tubuh, bahkan kehidupan itu sendiri. Menurut Clift *et al* (2011), kecemasan merupakan

reaktivitas emosional berlebihan, depresi yang tumpul, atau konteks sensitif, respon emosional.

Kecemasan (*anxiety*) 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). Menurut *American Psychological Assosiation* (2017), gangguan ansietas dapat membuat individu mengalami gangguan pikiran atau konsentrasi. Mereka menjauhi situasi yang dapat membuat individu tersebut khawatir.

Kecemasan merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari. Kecemasan yang dirasakan sulit dikendalikan dan berhubungan dengan gejala somatic, seperti ketegangan otot, iritabilitas, kesulitan tidur dan kegelisahan (Utama, 2013). Pendapat lain menyatakan bahwa kecemasan merupakan perwujudan dari berbagai emosi yang terjadi karena seseorang mengalami tekanan perasaan dan tekanan batin. Kondisi tersebut membutuhkan penyelesaian yang tepat sehingga individu akan merasa aman. Namun, pada kenyataannya tidak semua masalah dapat diselesaikan dengan baik oleh individu bahkan ada yang cenderung dihindari. Situasi ini menimbulkan perasaan yang tidak menyenangkan dalam

bentuk perasaan gelisah, takut atau bersalah (Supriyantini, 2010).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Teori Blacburn & Davidson (Triantoro dan Nofrans, 2012) menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (seperti keadaan emosi serta fokus kepermasalahannya). Kemudian Adler dan Rodman (Ghufron dan Rini, 2014) menyatakan terdapat dua faktor yang dapat menimbulkan kecemasan, yaitu:

1) Pengalaman negatif pada masa lalu

Timbulnya rasa tidak menyenangkan mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu menghadapi situasi yang sama dan juga menimbulkan ketidaknyamanan.

2) Pikiran yang tidak rasional

Pikiran yang tidak rasional terbagi dalam empat bentuk, yaitu:

a) Kegagalan ketastropik, yaitu adanya asumsi dari individu bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada dirinya. Individu mengalami kecemasan serta

perasaan ketidakmampuan dan ketidakanggapan dalam mengatasi permasalahannya.

- b) Kesempurnaan, individu mengharapkan kepada dirinya untuk berperilaku sempurna dan tidak memiliki cacat. Individu menjadikan ukuran kesempurnaan sebagai sebuah target dan sumber yang dapat memberikan inspirasi.
- c) Persetujuan.
- d) Generalisasi yang tidak tepat, yaitu generalisasi yang berlebihan, ini terjadi pada orang yang memiliki sedikit pengalaman.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan antara lain faktor genetik, demografi, dan faktor psikologis. Selain itu ada pula faktor pencetus, perentan, dan faktor pembentuk gejala (Hawari, 2013). Menurut Stuart (2013), faktor yang mempengaruhi kecemasan dibedakan menjadi dua, yaitu:

1) Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stres (Donsu *et al*, 2015). Menurut Sadock dan Virginia (2010).

Faktor predisposisi yang mengangkut teori kecemasan:

a) Teori Psikoanalitik

Teori ini menjelaskan tentang konflik emosional yang terjadi antara dua elemen *id* dan *superego*. Menurut pandangan interpersonal adalah kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan. *Id* mempunyai dorongan naluri dan *impuls primitive* seseorang, sedangkan *superego* mencerminkan hari nurani seseorang. Fungsi kecemasan dalam ego adalah mengingatkan ego bahwa bahaya yang akan datang (Stuart, 2013).

b) Teori Interpersonal

Kecemasan merupakan perwujudan penolakan dari individu yang timbul perasaan takut. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan. Individu dengan harga diri rendah akan mudah mengalami perasaan cemas (Stuart, 2013).

c) Teori Perilaku

Kecemasan timbul karena adanya stimulus lingkungan yang spesifik, pola berpikir yang salah, atau tidak produktif yang dapat menyebabkan maladaptif. Menurut Stuart (2013), penilaian yang berlebihan terhadap adanya bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman merupakan penyebab kecemasan.

d) Teori Biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan *neurogulator inhibisi* (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan. Gangguan fisik dan penurunan kemampuan individu untuk mengatasi stressor merupakan penyerta dari kecemasan (Stuart, 2013).

2) Faktor Presipitasi

a) Faktor Eksternal

(1) Ancaman integritas fisik meliputi ketidakmampuan fisiologis terhadap

kebutuhan dasar sehari-hari yang bisa disebabkan karena sakit, trauma fisik, kecelakaan (Stuart, 2013).

- (2) Ancaman sistem diri diantaranya ancaman terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan, dan perubahan status dan peran, tekanan kelompok, sosial budaya (Stuart, 2013).
- (3) Jenis tindakan, klasifikasi tindakan, terapi medis yang dapat menimbulkan kecemasan karena dapat mengancam pada integritas tubuh dan jiwa seseorang (Stuart, 2013).
- (4) Kondisi medis (diagnosa penyakit) banyak ditemukan walaupun indisensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis (Sadock dan Virginia, 2010).
- (5) Lingkungan, individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan dia berada di lingkungan yang biasa ditempati (Stuart, 2013).

b) Faktor Internal

(1) Usia

Gangguan kecemasan lebih mudah dialami oleh seseorang yang mempunyai usia lebih muda dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua (Sadock dan Virginia, 2010). Menurut Susilowati (2018), gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita, biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

(2) Stresor

Sadock dan Virginia (2010) mendefinikan stressor merupakan tuntutan adaptasi terhadap individu yang disebabkan oleh perubahan keadaan dalam kehidupan. Sifat stresor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang. Menurut Masrikan dan Sutrisno (2014), yang

termasuk dalam stresor pre operasi antara lain suasana dan keadaan kamar operasi, lalu-lalang kesibukan petugas kamar operasi, tidak adanya penunggu anggota keluarga, waktu tunggu pelaksanaan operasi, banyaknya alat-alat medis, dan kondisi pasien pre operasi lainnya.

(3) Jenis kelamin

Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan bahwa wanita lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya mempengaruhi perasaan cemas (Sadock dan Virginia, 2010). Teori Smith (1968) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (Ellias, 2013).

(4) Pengalaman pasien menjalani operasi

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman yang sangat berharga pada individu. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang anestesi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan anestesi (Sadock dan Virginia, 2010).

(5) Pendidikan

Menurut Sadock dan Virginia, (2010) kemampuan berpikir individu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu mudah berpikir normal dan menangkap informasi baru secara optimal.

c. Patofisiologi Kecemasan

Sistem saraf 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 saraf pusat melibatkan jalur *cortex cerebri – limbic system – reticular activating system – hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofisis untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal yang kemudian memicu saraf otonom melalui mediator hormonal yang lain (Owen, 2016).

d. Gejala Kecemasan

Gejala-gejala psikologis adanya kecemasan bila ditinjau dari beberapa aspek antara lain pikiran, dimana keadaan pikiran yang tidak menentu, seperti khawatir, sukar konsentrasi, pikiran kosong, memandang diri sebagai sangat sensitif, dan merasa tidak berdaya. Reaksi biologis yang tidak dapat dikendalikan, seperti berkeringat, gemetar, pusing, jantung berdebar-debar, mual, dan mulut kering. Perilaku gelisah, keadaan diri yang tidak terkendali seperti gugup, kewaspadaan diri yang berlebihan, serta sangat sensitif. Motivasi yaitu dorongan untuk mencapai situasi, rasa ketergantungan yang tinggi, ingin melarikan diri, lari dari kenyataan (Mulyani, 2013). Rochman (2010), mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan, antara lain:

- 1) Ada saja hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
 - 2) Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihindangi depresi.
 - 3) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan *delusion of persecution* (delusi yang dikejar-kejar).
 - 4) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
 - 5) Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.
- e. Rentang Respon Kecemasan

Rentang respon kecemasan berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif (Riyadi dan Purwanto, 2009).



Gambar 1. Rentang Respon Kecemasan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

f. Tingkatan Kecemasan

Menurut Donsu *et al* (2015) ada 4 tingkatan kecemasan, yaitu:

1) Kecemasan ringan (*Mild Anxiety*)

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Suliswati, 2014).

2) Kecemasan sedang (*Moderate Anxiety*)

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain (Suliswati, 2014).

3) Kecemasan berat (*Severe Anxiety*)

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil dan spesifik dan tidak dapat berfikir hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain (Suliswati, 2014).

4) Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detil perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian (Suliswati, 2014).

g. Respon Tubuh terhadap Kecemasan

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

Tabel 2. Respons Fisiologis

Sistem Tubuh	Respons
Kardiovaskuler	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 Hiperventilasi
Neuromuskular	Refleks meningkat Reaksi terkejut Mata berkedip-kedip Insomnia Tremor Wajah tegang Kelemahan umum Tungkai lemah

	Gerakan yang janggal
Gastriintestinal	Kehilangan nafsu makan Menolak makan Rasa tidak nyaman pada abdomen Mual* Nyeri di ulu hati* Diare*
Saluran perkemihan	Tidak dapat menahan kencing*

*Respons parasimpatik

Tabel 3. Respons Perilaku, Kognitif, dan Afektif

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

h. Jenis Kecemasan

Menurut teori Spilberger (Triantoro dan Nofrans, 2012) menjelaskan kecemasan dalam dua bentuk, yaitu:

- 1) *Trait Anxiety* : adanya rasa khawatir dan terancam yang menghinggapinya diri seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini disebabkan

oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya.

- 2) *State Anxiety* : merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif.

Sedangkan menurut Feist dan Gregory (2012) membedakan kecemasan dalam tiga jenis, yaitu:

- 1) Kecemasan Neurosis

Rasa cemas akibat bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan id. Kecemasan neurosis bukanlah ketakutan terhadap insting-insting itu sendiri, namun ketakutan terhadap hukuman yang mungkin terjadi jika suatu insting dipuaskan.

- 2) Kecemasan Moral

Kecemasan yang berakar berakar dari konflik antara ego dan superego. Kecemasan ini dapat muncul karena kegagalan bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral. Kecemasan moral merupakan rasa takut terhadap suara hati. Kecemasan moral juga memiliki dasar dalam realitas, di masa lampau yang

pribadi pernah mendapat hukuman karena melanggar norma moral dan dapat dihukum kembali.

3) Kecemasan Realistik

Perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri. Kecemasan realistik merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

i. Alat Ukur Kecemasan

Pengukuran kecemasan menurut Purnawan dan Saryono (2010) terdiri dari beberapa instrumen yang dapat digunakan antara lain:

1) *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*

The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) adalah desain untuk menilai sumber kecemasan pre operasi dan mengembangkan alat untuk mengingatkan kalangan praktisi untuk menilai resiko kecemasan individu (Woodhead *et al*, 2012). *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)* merupakan salah satu instrument yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan praoperatif yang telah divalidasi, diterima, dan diterjemahkan ke dalam bahasa di dunia. Uji validitas dan reabilitas APAIS versi Indonesia

di dapatkan hasil yang valid dan reliabel untuk mengukur kecemasan pra operatif pada populasi Indonesia dengan nilai *Cronbach Alpha* komponen kecemasan adalah 0,825 dan 0,863 (Firdaus, 2014).

APAIS (*The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*) adalah kuisioner laporan diri yang terdiri dari enam pertanyaan yang telah dikembangkan dan divalidasi untuk mengevaluasi kecemasan pra operasi pasien. Indeks global ini menilai tiga wilayah yang terpisah : kecemasan tentang anestesi, kecemasan tentang operasi, dan keinginan untuk informasi (Maurice-Szamburski *et al*, 2013). Alat ukur ini terdiri dari 6 hal, yaitu:

a) Mengetahui anestesi

- (1) Saya merasa cemas dengan tindakan anestesi (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sangat).
- (2) Anestesi selalu dalam pikiran saya (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sangat).
- (3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai anestesi (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sedikit).

b) Mengenai pembedahan/operasi

- (1) Saya cemas mengenai prosedur operasi (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sangat).
- (2) Prosedur operasi selalu dalam pikiran saya (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sangat).
- (3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai prosedur operasi (1=tidak, 2=sedikit, 3=agak, 4=banyak, 5=sangat).

Jumlah dari enam pertanyaan kemudian di total menjadi skor sehingga dapat di nilai melalui jumlah skor. Sehingga kecemasan dapat diklasifikasikan sehingga berikut:

- a) 1-6 : tidak ada kecemasan.
- b) 7-12 : kecemasan ringan.
- c) 13-18 : kecemasan sedang.
- d) 19-24 : kecemasan berat.
- e) 25-30 : panik.

2) *Hamilton Rating Sacle of Anxiety* (HRS-A)

Hawari (2011) mempopulerkan alat ukur kecemasan yaitu Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A). 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) (Nursalam, 2013). Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik, yaitu:

- (1) Perasaan cemas (ansietas), meliputi: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- (2) Ketegangan, meliputi: merasa tegang, lesu, tidak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- (3) Ketakutan, meliputi: pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak.
- (4) Gangguan tidur, meliputi: sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, mimpi menakutkan.
- (5) Gangguan kecerdasan, meliputi: sukar konsentrasi, daya ingat menurun, daya ingat buruk.

- (6) Perasaan depresi (murung), meliputi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- (7) Gejala somatik/fisik (otot), meliputi: sakit dan nyeri otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerontuk, suara tidak stabil.
- (8) Gejala somatik/fisik (sensorik), meliputi: tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, perasaan ditusuk-tusuk.
- (9) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah), meliputi: takikardia, berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lemas seperti mau pingsan, detak jantung berhenti sekejap.
- (10) Gejala respiratori (pernafasan), meliputi: rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas, nafas pendek/sesak.
- (11) Gejala gastrointestinal (pencernaan), meliputi: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah,

buang air besar lembek, konstipasi, kehilangan berat badan.

- (12) Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin), meliputi: sering buang air kecil, tidak dapat menahan air kencing, tidak datang bulan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi ilmiah, ereksi hilang, impotensi.
- (13) Gejala autonom, meliputi mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit, bulu-bulu berdiri.
- (14) Tingkah laku (sikap) pada wawancara, meliputi: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kuning, muka tegang, otot tegang/mengeras, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Cara penilaian HRS-A dengan sistem skoring, yaitu: skor 0 = tidak ada gejala, skor 1 = ringan (satu gejala), skor 2 = sedang (dua gejala), skor 3 = berat (lebih dari dua gejala), skor 4 = sangat berat (semua gejala). Bila skor < 14 = tidak kecemasan, skor 14-20 = cemas ringan, skor 21-27 = cemas sedang, skor 28-41 = cemas berat, skor 42-56 = panik.

3) *Indonesian Preoperative Anxiety Scale (INPOAS)*

Suatu instrumen yang mengukur tingkat kecemasan yang mencakup empat respon pasien pre operasi yaitu respon kognitif, afektif, fisiologis, dan perilaku. Instrumen *Indonesian Preoperative Anxiety Scale (INPOAS)* terdiri dari sepuluh pernyataan yang berkaitan dengan anestesi, operasi, fisik dan lingkungan, memiliki empat skala mulai dari sangat sering, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Membagi tingkatan kecemasan dibagi menjadi tidak ada kecemasan, cemas ringan, cemas sedang, dan cemas berat, merupakan instrument yang valid dan reliabel untuk mengukur kecemasan preoperasi. Instrumen INPOAS telah tervaliditas dan reliabilitas dengan hasil nilai *Corrected Item-Total Correlation* r total $0,989 > 0,254$. Semua butir pernyataan memiliki nilai *Cronbach Alpha* (α) $> 0,70$ dengan nilai *Cronbach Alpha* (α) keseluruhan $0,812$ (Mardalena dan Sutejo, 2019).

3. *Waiting Time*

Waktu tunggu merupakan salah satu dari aspek mutu menurut dimensi pasien (Mashuri, 2012). *Waiting time*/ waktu tunggu adalah waktu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan. Waktu tunggu menurut Depkes RI. (2007), adalah waktu tunggu di rumah sakit berkaitan dengan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan

rekam medis, gawat darurat, pelayanan poliklinik dan lain sebagainya. Waktu tunggu merupakan masalah yang sering menimbulkan keluhan pasien di beberapa rumah sakit, lama waktu tunggu mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien (Soebarto, 2011). Menurut Hassan (2012), waktu tunggu identik dengan kebosanan, kecemasan, stres dan penderitaan bahkan dapat menurunkan kualitas hidup serta harapan hidup. Waktu tunggu diartikan sebagai konseptualisasi bahwa pasien akan menjadi lebih tertekan apabila semakin lama menunggu. Dalam operasi terencana (*elective*), menunggu dapat menjengkelkan, membuat frustrasi dan sumber ketidakpastian besar (Carr *et al*, 2009).

Menurut Gaspersz yang dikutip oleh Bustami (2011) mengemukakan bahwa terdapat beberapa standar mutu yang harus diperhatikan dalam pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Ketepatan waktu pelayanan.
- b. Akurasi pelayanan, berkaitan reliabilitas pelayanan dan bebas dari kesalahan.
- c. Tanggung jawab, berkaitan dengan penanganan keluhan dari pasien.
- d. Kesopanan dan keramahan terhadap penanganan keluhan pasien.
- e. Kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan.

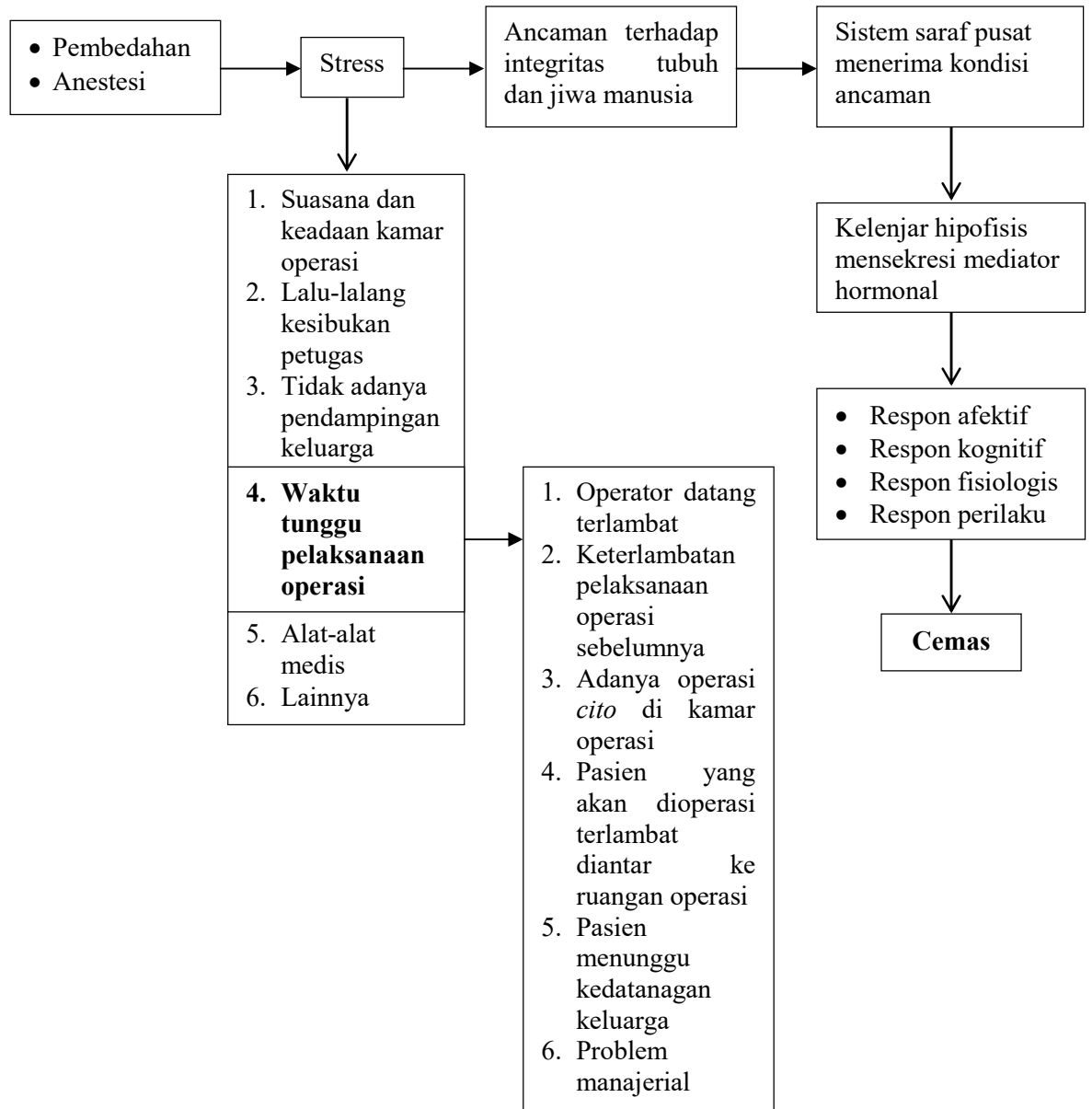
- f. Kelengkapan, menyangkut dengan ketersediaan sarana pendukung pelayanan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Askar (2011), beberapa penyebab keterlambatan operasi elektif di Instalasi Kamar Bedah adalah sebagai berikut:

- a. Operator datang terlambat
- b. Keterlambatan pelaksanaan operasi sebelumnya
- c. Adanya operasi *cito* di kamar operasi yang sudah dijadwalkan untuk operasi *electiv* sebelumnya
- d. Pasien yang akan dioperasi terlambat diantar ke ruangan operasi
- e. Pasien menunggu kedatangan keluarga
- f. Problem manajerial

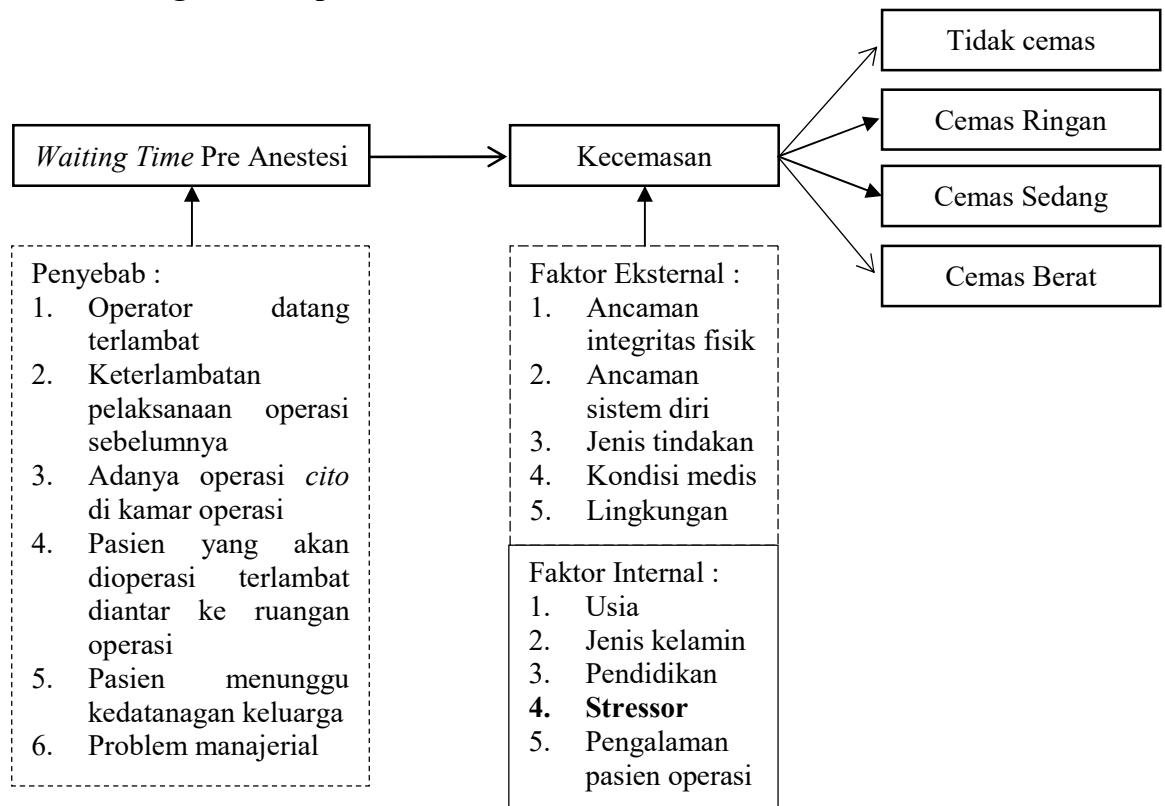
Menurut Ilyas (2011), sampai saat ini belum ada standar yang dapat menjadi rujukan waktu pelayanan. Rumah sakit pemerintah karakteristiknya berbeda. Semua instansi pelayanan kesehatan tersebut tidak bisa di sama ratakan karena adanya perbedaan karakteristik, status, prasarana, sarana, dan kualitas personal sehingga sulit dibuat standar tunggal.

B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori (Mangku dan Senapathi, 2010), (Owen, 2016), (Stuart, 2013), (Sadock dan Virginia, 2010), (Susilowati, 2018), (Masrikan dan Sutrisno, 2014), (Askar, 2011).

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep diatas, rumusan hipotesis penelitian sebagai berikut : Ada hubungan *waiting time* dengan tingkat kecemasan pada pasien preoperasi general anestesi di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

