

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pre Anestesi

Anestesi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tatalaksana untuk menghilangkan rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidak nyaman sehingga pasien merasa lebih nyaman. Untuk mendapatkan hasil yang optimal selama operasi dan anestesi maka diperlukan tindakan preanestesi yang baik. Tindakan preanestesi tersebut merupakan langkah lanjut dari hasil evaluasi preoperasi khususnya anestesi untuk mempersiapkan kondisi pasien, baik psikis maupun fisik pasien agar pasien siap dan optimal untuk menjalani prosedur anestesi dan diagnostik atau pembedahan yang akan direncanakan (Mangku & Senapathi, 2010).

Tujuan dari preanestesi :

- a. Mengetahui status fisik klien preoperatif.
- b. Mengetahui dan menganalisis jenis operasi.
- c. Memilih jenis/ teknik anestesi yang sesuai.
- d. Mengetahui kemungkinan penyulit yang mungkin akan terjadi selama pembedahan dan atau pascabedah.
- e. Mempersiapkan obat/alat guna menanggulangi penyulit yang dimungkinkan.

Pada kasus bedah *elektif*, evaluasi preanestesi dilakukan sehari sebelum pembedahan. Kemudian evaluasi ulang dilakukan di kamar

persiapan instalasi bedah sentral (IBS) untuk menentukan status fisik berdasarkan ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pada kasus bedah darurat, evaluasi dilakukan pada saat itu juga di ruang persiapan operasi instalasi rawat darurat (IRD), karena waktu yang tersedia untuk evaluasi sangat terbatas, sehingga sering kali informasi tentang penyakit yang diderita kurang akurat. Persiapan preanestesi di rumah sakit meliputi:

a. Persiapan psikologis

- 1) Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarganya agar mengerti perihal rencana anestesi dan pembedahan yang dijalankan, sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarga bisa tenang.
- 2) Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi kecemasan
- 3) Memberikan obat *sedative* pada klien yang mengalami kecemasan berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien *pediatrik* (kolaborasi). Pemberian obat *sedative* dapat dilakukan secara: oral pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari 60-90 menit, rektal khusus untuk klien *pediatrik* pada pagi hari sebelum masuk IBS (kolaborasi).

b. Persiapan fisik

- 1) Hentikan kebiasaan seperti merokok, minum-minuman keras dan obat-obatan tertentu minimal dua minggu sebelum anestesi.
- 2) Tidak memakai *protesis* atau aksesoris.

- 3) Tidak mempergunakan cat kuku atau cat bibir.
- 4) Program puasa untuk pengosongan lambung, dapat dilakukan sesuai dengan aturan tersebut di atas.
- 5) Klien dimandikan pagi hari menjelang ke kamar bedah, pakaian diganti dengan pakaian khusus kamar bedah dan kalau perlu klien diberi label.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pasien yang akan dilakukan operasi dan anestesi (Mangku & Senapathi, 2010) adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan atau pengukuran status kesadaran, frekuensi napas, tekanan darah, nadi, suhu tubuh , berat badan dan tinggi badan untuk menilai status gizi pasien.
- 2) Pemeriksaan fisik umum, meliputi pemeriksaan: status psikologis: gelisah, cemas, takut, atau kesakitan, syaraf (otak, medulla spinalis, dan syaraf tepi), respirasi, hemodinamik, penyakit darah, gastrointestinal, hepato-billier, urogenital dan saluran kencing, metabolik dan endokrin, otot rangka, integumen.

Klasifikasi status fisik pasien menurut ASA (*American Society of Anesthesiologist*):

- a) ASA I : Pasien operasi yang sehat tanpa kelainan sistemik atau penyakit lain.
- b) ASA II : Pasien operasi dengan penyakit sistemik ringan.
- c) ASA III : Pasien operasi dengan kelainan sedang sampai berat

tapi tidak mengancam nyawa pasien.

d) ASA IV : Pasien operasi dengan kelainan sistemik berat dan mengancam nyawa.

e) ASA V : Pasien yang akan di lakukan operasi maupun tidak dilakukan tindakan akan meninggal dalam 24 jam

d. Membuat surat persetujuan tindakan medik

Pada klien dewasa dan sadar bisa dibuat sendiri dengan menandatangani lembaran formulir yang sudah tersedia pada catatan medik dan disaksikan kepala ruangan tempat klien dirawat, sedangkan pada klien bayi/ anak-anak/ orang tua atau klien tidak sadar ditandatangani oleh salah satu keluarganya yang bertanggung jawab dan juga disaksikan oleh kepala ruangan (Mangku & Senapathi, 2010).

e. Persiapan lain yang bersifat khusus preanestesi

Apabila dipandang perlu dapat dilakukan koreksi terhadap kelainan sistemik yang dijumpai pada saat evaluasi preanestesi misalnya : transfusi, dialisa, fisioterapi, dan lainnya sesuai dengan prosedur tetap tata laksana masing-masing penyakit yang diderita klien.

2. Anestesi spinal

a. Pengertian

Anestesi spinal atau blok subarachnoid adalah blok regional yang dilakukan dengan jalan menyuntikkan obat anestetik lokal ke dalam ruang subarachnoid (Mangku & Senapathi, 2010).

Anestesi spinal adalah injeksi anestesi lokal ke dalam ruang intratekal yang menghasilkan analgesia. Pemberian obat lokal anestesi ke dalam ruang intratekal atau ruang subaraknoid di region lumbal antara vertebra L2-3, L3-4, L4-5, untuk menghasilkan onset anestesi yang cepat dengan derajat kesuksesan yang tinggi. Walaupun teknik ini sederhana, dengan adanya pengetahuan anatomi, efek fisiologi dari anestesi spinal dan faktor-faktor yang memengaruhi distribusi anestesi lokal di ruang intratekal serta komplikasi anestesi spinal akan mengoptimalkan keberhasilan terjadinya blok anestesi spinal (Attari dkk, 2011).

b. Anatomi kolumna vertebralis

Punggung terdiri dari tulang-tulang vertebra dan jaringan penyambung fibrosa antar vertebra. Tulang vertebra tersusun oleh 7 vertebra servikalis, 12 vertebra thorakalis, 5 vertebra lumbalis, 5 vertebra sakralis, serta 4-5 vertebra koksigeus menyatu pada orang dewasa. Kolumna vertebralis diikat menjadi satu kesatuan oleh ligamentum–ligamentum vertebralis. Struktur tulang belakang ini akan membentuk kanalis vertebralis dimana di dalamnya terdapat korda spinalis serta ruang epidural. Fungsi utamanya adalah untuk menunjang tubuh dan melindungi korda spinalis serta saraf.

Prosesus spinosus C2 teraba langsung di bawah oksipital, prosesus spinosus C2 menonjol dan disebut sebagai vertebra prominens. Garis lurus yang menghubungkan kedua krista iliaka tertinggi akan

memotong prosesus spinosus vertebra L4-L5. Medulla spinalis diperdarahi oleh arteri spinalis anterior dan posterior. Untuk mencapai cairan serebrospinalis, maka jarum spinal akan menembus kulit, subcutis, ligamentum supraspinosum, ligamentum interspinosum, ligamentum flavum, ruang epidural, duramater dan ruang sub arachnoid. Medulla spinalis berada dalam kanalis spinalis dikelilingi oleh cairan serebrospinal, dibungkus meningen.

Cairan serebrospinal merupakan cairan yang jernih, tidak berwarna, dan mengisi rongga subarachnoid. Total volume dari liquor cerebrospinalis ini adalah 100-150 cc, produksi rata-rata 500 ml setiap hari. Sedangkan berat jenis cairan serebrospinalis berkisar 1,003-1,008 pada suhu 37°C. Cairan ini di absorpsi kembali ke dalam darah melalui struktur khusus yang dinamakan vili arachnoidalis (Morgan et al, 2013).

c. Prosedur spinal anestesi

Anestesi spinal dan epidural dapat dilakukan jika peralatan monitor yang sesuai dan pada tempat dimana peralatan untuk manajemen jalan nafas dan resusitasi telah tersedia. Sebelum memposisikan pasien, seluruh peralatan untuk blok spinal harus siap untuk digunakan, sebagai contoh, anestesi lokal telah dicampur dan siap digunakan, jarum dalam keadaan terbuka, cairan preloading sudah disiapkan. Persiapan alat akan meminimalisir waktu yang dibutuhkan untuk anestesi blok dan kemudian meningkatkan kenyamanan pasien.

Adapun prosedur dari spinal anestesi adalah sebagai berikut (Morgan et al, 2013) :

1. Inspeksi dan palpasi daerah lumbal yang akan ditusuk (dilakukan ketika kita visite pre-operatif) sebab bila ada infeksi atau terdapat tanda kemungkinan adanya kesulitan dalam penusukan, maka pasien tidak perlu dipersiapkan untuk spinal anestesi.
2. Posisi pasien :
 - a. Posisi lateral : pada umumnya kepala diberi bantal setebal 7,5-10 cm, lutut dan paha fleksi mendekati perut, kepala ke arah dada.
 - b. Posisi duduk : dengan posisi ini lebih mudah melihat columnna vertebralis, tetapi pada pasien-pasien yang telah mendapat premedikasi mungkin akan pusing dan diperlukan seorang asisten untuk memegang pasien supaya tidak jatuh. Posisi ini digunakan terutama bila diinginkan *saddle block*.
 - c. Posisi prone jarang dilakukan, hanya digunakan bila dokter bedah menginginkan *Jack Knife* atau *prone*.
3. Kulit dipersiapkan dengan larutan antiseptic seperti betadine, alcohol, kemudian kulit ditutupi dengan “duk” bolong steril.
4. Cara penusukan

Dianjurkan dipakai jarum kecil untuk mengurangi komplikasi. Lakukan penusukan pada daerah yang telah didisinfeksi kemudian penarikan stylet dari jarum spinal jika

masuk maka akan keluar likuor bila ujung jarum ada di ruangan *subarachnoid*. Bila likuor keruh, likuor harus diperiksa dan spinal anestesi dibatalkan. Bila keluar darah, tarik jarum beberapa milimeter sampai yang keluar adalah likuor yang jernih. Bila masih merah, masukkan lagi styletnya, lalu ditunggu 1 menit, bila jernih, masukkan obat anestesi lokal, tetapi bila masih merah, pindahkan tempat tusukan. Darah yang mewarnai likuor harus dikeluarkan sebelum menyuntik obat anestesi lokal karena dapat menimbulkan reaksi benda asing (meningismus).

d. Keuntungan dan kerugian spinal anestesi

Keuntungan penggunaan spinal anestesi regional adalah murah, sederhana, dan penggunaan alat minim, non eksplosif karena tidak menggunakan obat-obat yang mudah terbakar, pasien sadar saat pembedahan, reaksi stress pada daerah pembedahan kurang bahkan tidak ada, perdarahan relatif sedikit, setelah pembedahan pasien lebih segar atau tenang dibandingkan anestesi umum (Morgan et al, 2013).

Kerugian dari anestesi spinal yaitu waktu yang dibutuhkan untuk induksi dan waktu pemulihan lebih lama, adanya resiko kurang efektif blok saraf sehingga pasien membutuhkan suntikan ulang atau anestesi umum, selalu ada kemungkinan komplikasi neurologi dan sirkulasi sehingga menimbulkan ketidakstabilan hemodinamik, dan pasien mendengar berbagai bunyi kegiatan operasi dalam ruang operasi (Morgan et al, 2013).

e. Indikasi

Indikasi teknik Spinal anestesi antara lain bedah abdominal bawah dan inguinal, anorektal dan genitalia eksterna, bedah ekstremitas bawah (Mangku & Senapathi, 2010).

f. Kontraindikasi

Kontraindikasi Anestesi Spinal menurut Morgan et al (2013) :

- 1) Kontraindikasi absolut diantaranya infeksi pada tempat suntikan, pasien menolak, koagulopati atau mendapat terapi antikoagulan, hipovolemia berat, tekanan intracranial meninggi, stenosis aorta berat, dan stenosis mitral berat.
- 2) Kontraindikasi relatif diantaranya infeksi sistemik (sepsis, bakteriemia), pasien tidak kooperatif, defisit neurologis, lesi *stenosis* katup aorta, dan kelainan bentuk tulang belakang berat.
- 3) Kontraindikasi kontroversial diantaranya pembedahan pada daerah injeksi, pasien tidak mampu berkomunikasi, bedah lama, resiko perdarahan besar

g. Komplikasi Anestesi Spinal

Komplikasi spinal anestesi antara lain hipotensi dan Bradikardi, hipoventilasi sampai henti nafas, blok spinal total, menggigil, pasien tidak kooperatif, mual dan muntah, Intoksikasi obat, Kegagalan blok, nyeri kepala (PDPH), nyeri pinggang, neuropati (misalnya sidroma kauda ekuina), dan retensio urin (Mangku & Senapathi, 2010).

3. Pendidikan Kesehatan

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan adanya pesan tersebut, maka masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilaku. Dengan adanya promosi kesehatan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku kesehatan (Notoatmojo, 2010).

b. Klasifikasi metode pendidikan kesehatan

Beberapa metode pendidikan kesehatan menurut Notoatmojo (2010) :

1) Metode pendidikan individual (perorangan)

Metode ini digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepadasuatu perubahan perilaku atau *inovasi*. Bentuk pendekatan ini yaitu bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and conceling*) dan wawancara (*interview*).

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran.

a. Kelompok besar

Kelompok besar apabila penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik yaitu ceramah dan seminar. Ceramah biasanya baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Sedangkan seminar cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas

b. Kelompok kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok ini yaitu diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow balling*), kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*), memainkan peranan (*role play*), dan permainan simulasi.

3) Metode massa

Pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya. Sehingga pesan-pesan kesehatan yang disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat diterima oleh massa tersebut. Contoh metode yang digunakan untuk pendekatan massa yaitu ceramah umum (*public speaking*), pidato-pidato melalui media elektronik, simulasi, tulisan-tulisan di majalah atau koran, dan *billboard* (spanduk, poster).

c. Media

Menurut Notoatmojo (2014), media cetak terdiri dari :

- 1) *Booklet*, ialah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar
- 2) Leaflet, ialah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi
- 3) *Flyer* (selebaran), bentuknya seperti leaflet, tetapi tidak berlipat.
- 4) *Flip chart* (lembar balik), media penyampaian pesan atau informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan lembaran baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster ialah bentuk media cetak yang berisi pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi kesehatan

4. Leaflet

a. Pengertian

Menurut Suiroaka (2012), leaflet merupakan selebaran kertas yang berlipat-lipat berisi tulisan cetak dan beberapa gambar tertentu mengenai suatu topik khusus untuk sasaran dan tujuan tertentu. Dapat disimpulkan bahwa leaflet adalah selebaran kertas yang berisikan tulisan dengan kalimat-kalimat yang singkat, padat, mudah dimengerti dan gambar-gambar yang sederhana.

b. Kelebihan dan kekurangan leaflet

Kelebihan menggunakan media ini antara lain sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya di saat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran sehingga bisa didiskusikan. Sebuah leaflet dapat memberikan informasi yang detail, yang tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak, dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran (Lucie, 2005).

Kelemahan leaflet diantaranya : tidak cocok untuk sasaran individu per individu, tidak tahan lama dan mudah hilang, leaflet akan menjadi percuma jika sasaran tidak diikutsertakan secara aktif, serta perlu proses penggandaan yang baik.

5. *Booklet*

a. Pengertian

Booklet adalah media komunikasi massa yang bertujuan untuk menyampaikan pesan yang bersifat promosi, anjuran, larangan-larangan kepada masyarakat, serta berbentuk cetakan. *Booklet* merupakan alternative media penyuluhan yang memberikan efektifitas dan efisiensi dalam hasil dan proses penyuluhan (Purwanto, 2008).

b. Kelebihan dan kekurangan

Menurut Notoatmojo (2007) kelebihan *booklet* yaitu murah dan mudah dibuat, karena pembuatan media ini menggunakan media cetak sehingga biaya yang dikeluarkan lebih murah dibandingkan dengan media audio dan media audio visual. Proses penyuluhan media *booklet* sampai sasaran dapat dilakukan sewaktu-waktu dan disesuaikan kondisi sasaran. *Booklet* berisi informasi kesehatan dalam bentuk teks maupun visual, sehingga dapat mengatasi keterbatasan ruang dan waktu. Pendistribusiannya sangat mudah sehingga dapat langsung didistribusikan kepada sasaran dan mencakup banyak orang.

Kekurangan *booklet* diantaranya *booklet* terdiri dari beberapa lembar. Selain itu, juga memuat informasi yang lebih banyak jika dibandingkan dengan leaflet sehingga kebanyakan orang tidak suka membaca sampai selesai.

6. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai dengan respon otonom (sumber terkadang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya. Ini merupakan sinyal peringatan akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk mengambil langkah-langkah dalam menghadapinya (Herdman, 2010).

Cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam tingkatan. Sedangkan kecemasan adalah emosi dan pengalaman subjektif pada diri seseorang (Kusumawati dan Hartono, 2011).

Kecemasan pre operasi merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang di anggap pasien sebagai suatu ancaman dalam peran hidup, integritas tubuh, bahkan kehidupan itu sendiri (Smeltzer & Bare, 2013).

b. Faktor predisposisi kecemasan

Menurut Stuart (2016) faktor predisposisi kecemasan meliputi :

1). Biologis

Sebagian besar studi menunjukkan disfungsi beberapa sistem dan bukan hanya perubahan satu neurotransmitter tertentu saja dalam pengembangan gangguan ansietas. Sistem ini meliputi :

a) Sistem GABA.

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktivitas *neurotransmitter gamma-aminobutyric acid* (GABA), yang mengontrol aktivitas, atau tingkat pembakaran, dari neuron di bagian otak yang bertanggung jawab untuk menghasilkan kondisi ansietas. GABA adalah neurotransmitter penghambat paling umum di otak.

Ketika melintasi sinaps dan menempel atau berikatan dengan reseptor GABA pada membrane postsinaptik, saluran reseptor terbuka, sehingga memungkinkan terjadinya pertukaran ion. Hasil pertukaran ini adalah penghambatan atau pengurangan rangsangan sel dan dengan demikian memperlambat aktivitas sel. Secara teoritis orang yang mengalami ansietas memiliki masalah dengan efisiensi proses neurotransmisi ini.

b) Sistem norepinefrin

Sistem norepinefrin (NE) dianggap menengahi respon *fight-or-flight*. Bagian dari otak yang memproduksi NE adalah lokus seruleus. Hal ini dihubungkan dengan jalur neurotransmitter ke struktur ke struktur lain dari otak yang berhubungan dengan ansietas, seperti amigdala, hipokampus, dan korteks serebral (bagian pemikiran, penafsiran, dan perencanaan dari otak).

Obat-obat yang menurunkan aktivitas dari lokus seruleus (antidepresan seperti trisiklik) efektif mengobati beberapa gangguan ansietas. Hal ini menunjukkan bahwa ansietas dapat disebabkan oleh aktivitas tidak tepat seperti sistem NE dalam lokus seruleus dan ketidakseimbangan antara NE dan sistem neurotransmitter lainnya.

c) Sistem serotonin

Gangguan regulasi neurotransmisi serotonin (5-HT) juga memainkan peran sebagai penyebab ansietas, karena klien yang mengalami gangguan ini memiliki hipersensitif reseptor 5-HT.

Obat-obatan yang mengatur serotonin, seperti *selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI), telah terbukti sangat efektif dalam mengobati beberapa gangguan ansietas, hal ini menunjukkan bahwa peran utama 5-HT dan menyeimbangkan sistem neurotransmitter lainnya sebagai etiologi gangguan ansietas.

2) Keluarga

Gangguan ansietas berlangsung pada keluarga. Gangguan panik diperkirakan sekitar 40% . seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, tiga kali lebih mungkin untuk mengalami PTSD setelah peristiwa traumatik. Meskipun bukti kuat dari kerentanan genetik, tetapi tidak ada gen tunggal atau spesifik

yang secara jelas diidentifikasi terkait gangguan ansietas. Hal ini disebabkan sebagian peran penting bahwa lingkungan bermain dalam interaksi dengan kerentanan genetik pada gangguan jiwa.

3) Psikologi

Seseorang yang terpapar kekhawatiran yang intens dalam kehidupan awal lebih cenderung mengalami ansietas di kemudian hari, sehingga pengaruh orang tua adalah penting. Anak-anak yang melihat orang tua mereka merespon dengan kekhawatiran pada stress ringan segera mengembangkan pola yang sama. Respon emosional yang tepat dari orang tua memberikan anak-anak rasa aman dan membantu mereka belajar metode coping yang konstruktif.

Tingkat harga diri memengaruhi ansietas. Seseorang yang mudah merasa ternacam atau tingkat harga diri rendah akan lebih rentan terhadap ansietas.

c. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2012), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di bagi atas :

1) Faktor Instrinsik :

a) Usia Pasien.

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.

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada individu terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian dari yang penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu dikemudian hari.

c) 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.

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, misalnya pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

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.

c) Akses informasi

Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan, tujuan, proses, resiko, komplikasi, alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi.

d) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus.

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.

f) Jenis tindakan

Jenis tindakan, klasifikasi suatu tindakan, terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang.

d. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Stuart (2016) kecemasan dibagi menjadi empat tingkat, yaitu :

1) Ansietas ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2) Ansietas sedang

Dimana seseorang hanya berfokus pada hal penting saja lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar, dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Ansietas berat

Kecemasan berat ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Seseorang cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Tingkatan panik dikaitkan dengan rasa takut dan teror. Sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

e. Rentang Respons Ansietas

1) Respons Adaptif

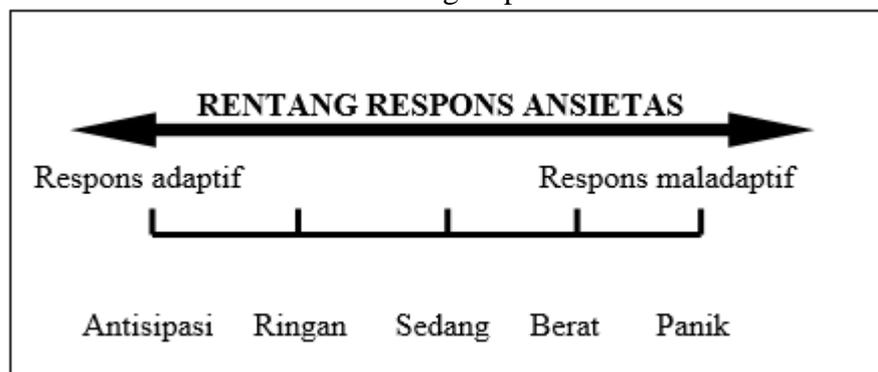
Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

2) Respons Maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

RENTANG RESPONS ANSIETAS

Gambar 1. Rentang respons ansietas



Sumber : Stuart (2016)

f. Respons fisiologis terhadap kecemasan

Beberapa respons fisiologis tubuh terhadap kecemasan :

- 1) Sistem kardiovaskuler : Palpitasi, jantung berdebar, peningkatan tekanan darah, tekanan darah penurunan, pingsan, actual pingsan, penurunan denyut nadi.
- 2) Sistem pernapasan: Napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, pernapasan dangkal, tenggorokan tersumbat, terengah-engah, sensasi tersedak.
- 3) Sistem neuromuskuler: peningkatan reflek, reaksi kejut, kelopak mata berkedut, insomnia, tremor, ketakutan, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan kaku.
- 4) Sistem gastrointestinal: Kehilangan nafsu makan, jijik terhadap makanan, perut tidak nyaman, nyeri perut, mual, rasa panas seperti terbakar, dan diare .
- 5) Sistem saluran kemih: keinginan untuk buang air kecil, sering berkemih.
- 6) Sistem integument: Wajah kemerahan, berkeringat lokal, gatal, rasa panas dan dingin, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

g. Respons perilaku, kognitif, dan afektif terhadap kecemasan

- 1) Sistem perilaku : Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi kejut, *hipervigilance*, bicara cepat, kurang koordinasi, rawan kecelakaan,

penarikan interpersonal, inhibisi, *flight*, penghindaran, hiperventilasi.

- 2) Sistem kognitif : gangguan perhatian, konsentrasi buruk, lupa, kesalahan penilaian, preokupasi, pemblokiran pikiran, lapang persepsi menurun, kreativitas berkurang, produktivitas berkurang, kebingungan, malu, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, gambar visual menakutkan, takut cedera atau kematian, kilas balik, mimpi buruk.
- 3) Sistem afektif : kegelisahan, ketidaksabaran, rasa gelisah, ketegangan, gugup, takut, ketakutan, frustrasi, ketidakberdayaan, alarm, terror, *jitteriness*, *jumpiness*, mati rasa, perasaan bersalah, malu, frustrasi, ketidakberdayaan.

h. Alat Ukur Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau panik, menggunakan alat ukur /instrument yang dikenal dengan: Amsterdam preoperative anxiety and information Scale (APAIS) (Berth, H., Petrwski, K., & Balck, F. (2007). APAIS versi Indonesia (Perdana, dkk 2015) terdiri dari enam item questioner yaitu :

- 1) Mengenal anestesi
 - a) Saya takut dibius (1, 2, 3, 4, 5).
 - b) Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan (1, 2, 3, 4, 5).

c) Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang pembiusan (1, 2, 3, 4, 5).

2) Mengenai pembedahan/ operasi

a) Saya takut di operasi (1, 2, 3, 4, 5)

b) Saya terus menerus memikirkan tentang operasi (1, 2, 3, 4, 5)

c) Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi (1, 2, 3, 4, 5)

Dari kuisioner tersebut, untuk setiap item mempunyai nilai 1 - 5 dari setiap jawaban yaitu : 1=tidak, 2=tidak terlalu, 3=sedikit, 4=agak, 5=banyak. Jadi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1) 7 - 12 : Kecemasan ringan.

2) 13 - 18 : Kecemasan sedang.

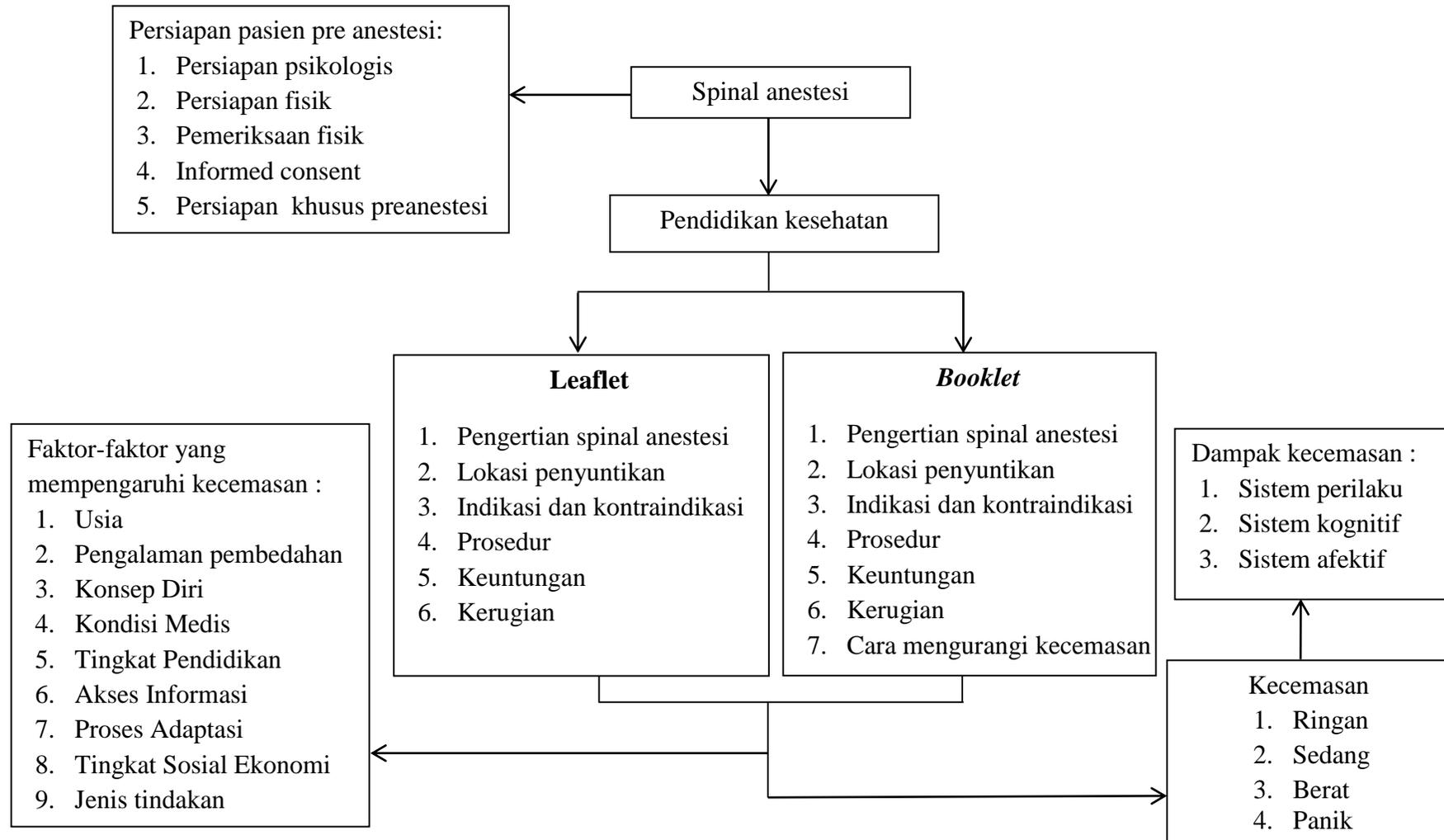
3) 19 - 24 : Kecemasan berat.

4) 25 - 30 : Kecemasan berat sekali / panik.

i. Terapi untuk mengurangi kecemasan

Mengingat dampak kecemasan pada pasien menjelang operasi/pembedahan dapat mengganggu pelaksanaan operasi dan anestesi, maka perlu dilakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan tersebut yaitu dapat dilakukan dengan teknik farmakologis dan non farmakologis. Teknik farmakologis merupakan teknik yang dilakukan dengan cara pemberian obat-obatan atau medikasi. Sedangkan teknik non farmakologis untuk menurunkan kecemasan yaitu dengan imajinasi terbimbing, distraksi audio, relaksasi otot progresif dan relaksasi nafas dalam (Gusti, 2014).

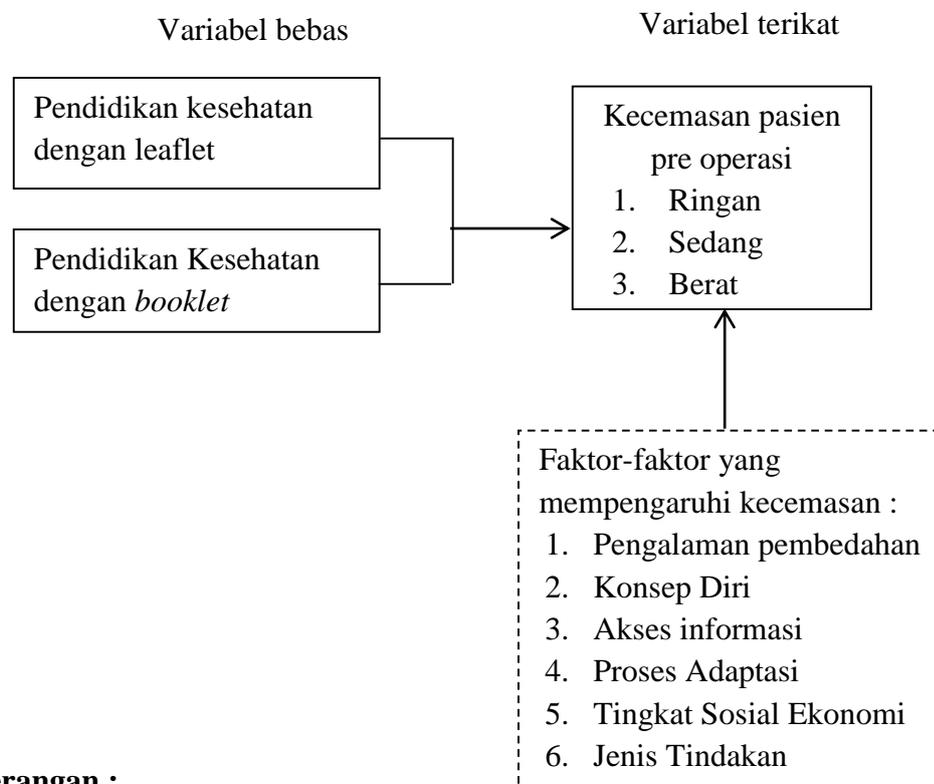
B. Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka teori penelitian

Sumber : Mangku & Senapathi (2010), Suiraloka (2012), Notoatmojo (2014), Stuart (2016)

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

—— : Yang diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Ha : ada perbedaan pengaruh penggunaan leaflet dan *booklet* dalam pemberian informasi prosedur anestesi spinal terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi di RSUD Wates.

Ho : tidak ada perbedaan pengaruh penggunaan leaflet dan *booklet* dalam pemberian informasi prosedur anestesi spinal terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi di RSUD Wates.