

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1) Kecemasan

a. Definisi

Ansietas dapat diartikan sebagai suatu respon perasaan yang tidak terkendali. Ansietas adalah respon terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, dan samar-samar. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan respon dari suatu ancaman yang asalnya diketahui, eksternal, jelas, atau bukan bersifat konflik (Murwani, 2009).

Ansietas merupakan keadaan emosi dan pengalaman subyektif individu. Keduanya adalah energi dan tidak dapat diamati secara langsung. Seorang perawat menilai pasien ansietas berdasarkan perilaku tertentu. Penting untuk diingat bahwa ansietas adalah bagian dari kehidupan sehari-hari. Ansietas adalah dasar kondisi manusia dan memberikan peringatan berharga. Bahkan, kapasitas untuk menjadi ansietas diperlukan untuk bertahan hidup. Selain itu, seseorang dapat tumbuh dari ansietas jika seseorang berhasil berhadapan, berkaitan dengan, dan belajar dari menciptakan pengalaman ansietas (Stuart, 2016).

b. Respon ansietas dan gangguan ansietas

Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietasnya yang parah tidak berjalan sejalan dengan kehidupan. Adapun tingkat ansietas menurut Murwani, 2009:

1) Ansietas ringan

Adalah berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2) Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

3) Ansietas berat

Sangat mengurangi lahan persepsi persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terlihat dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal ini. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

4) Tingkat panik dari ansietas

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya, karena mengalami kehilangan kendali.

Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsinya yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan. Jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

c. Gejala psikologis dan kognitif

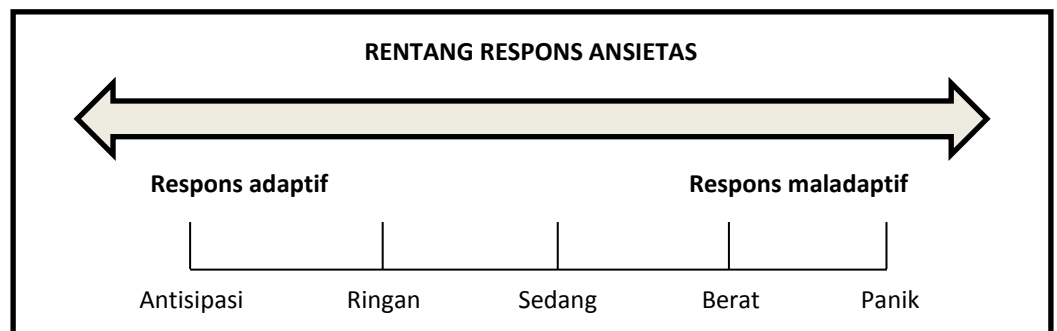
Pengalaman ansietas memiliki 2 komponen, yaitu kesadaran adanya sensasi fisiologis (seperti berdebar-debar dan berkeringat) dan kesadaran sedang gugup atau ketakutan.

Disamping efek motorik dan visceral, kecemasan mempengaruhi berpikir, persepsi, dan belajar. Kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi, tidak hanya pada ruang dan waktu tetapi pada pada orang dan arti peristiwa. Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan, memuaskan perhatian, menurunkan daya ingat, dan mengganggu kemampuan untuk menghubungkan sesuatu hal dengan yang lain yaitu untuk membuat asosiasi.

Orang yang kecemasan cenderung memilih benda tertentu di dalam lingkungannya dan tidak melihat yang lainnya untuk

membuktikan bahwa mereka benar-benar dalam memperhatikan situasi yang menakutkan dan berespon dengan tepat.

d. Rentang respon kecemasan



Gambar 1. Rentang Respons Ansietas
Sumber: Stuart 2016

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.

e. Kecemasan pra *general* anestesi

Berdasarkan penelitian Maheswari dan Ismail (2015) yang melihat kecemasan pasien yang akan diberi tindakan *general* anestesi maupun *regional* anestesi, hasilnya menyebutkan bahwa pasien yang memilih tindakan *general* anestesi mengalami kecemasan lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang memilih tindakan *regional* anestesi. Lebih lanjut penelitian ini menyebutkan bahwa sebanyak 72,2% pasien dengan *general* anestesi memiliki skor VAS (*Visual Analog Scale for Anxiety*) > 50 yaitu termasuk kecemasan berat dengan beberapa faktor yang menyebabkan pasien mengalami kecemasan antara lain perbedaan budaya, pengalaman operasi, dan pembiusan, serta informasi terkait operasi dan pembiusan.

f. Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan pasien menurut Majid, 2011 adalah:

- 1) Pengalaman operasi sebelumnya.
- 2) Pengertian pasien tentang tujuan atau alasan tindakan operasi.
- 3) Pengetahuan pasien tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang.
- 4) Pengetahuan pasien tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi.

- 5) Pengetahuan pasien tentang prosedur (pra, intra, pasca operasi)
- 6) Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM, dan lain-lain.

g. Teori-teori psikologis dan fisiologis penyebab kecemasan

Teori psikologis penyebab kecemasan menurut (Murwani, 2009) terdapat tiga bidang utama teori psikologis yaitu, psikoanalitik, perilaku, dan eksistensial, telah menyumbang teori tentang penyebab kecemasan. Masing-masing teori memiliki kegunaan konseptual dan praktisnya di dalam pengobatan pasien dengan gangguan kecemasan.

1) Teori psikoanalitik

Dalam bukunya tahun 1926, Freud menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego bahwa suatu dorongan yang tidak dapat diterima menekan untuk mendapatkan perwakilan dan pelepasan standar.

Di dalam Teori Psikoanalitik, kecemasan dipandang sebagai masuk ke dalam empat kategori utama, tergantung pada sifat akibat yang ditakutinya: kecemasan id atau impuls, kecemasan perpisahan, kecemasan kastrasi, dan kecemasan superego.

2) Teori interpersonal

Menurut 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 spesifik. Orang dengan harga diri rendah trauma mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

3) Teori perilaku

Teori perilaku atau belajar tentang kecemasan telah menghasilkan suatu pengobatan yang paling efektif untuk gangguan kecemasan. Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan adalah suatu respon yang dibiasakan terhadap stimuli lingkungan yang spesifik. Di dalam model pembiasaan klasik, seseorang yang tidak memiliki alergi makanan dapat menjadi sakit setelah makan kerang yang terkontaminasi di sebuah rumah makan. Teori perilaku telah menunjukkan meningkatnya perhatian dalam pendekatan kognitif untuk memahami dan mengobati gangguan kecemasan.

4) Teori eksistensial

Teori eksistensial tentang kecemasan memberikan model untuk gangguan kecemasan umum, dimana tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronik. Konsep inti dari teori ini adalah bahwa seseorang menjadi menyadari adanya kehampaan yang menonjol di dalam dirinya, perasaan yang mungkin lebih mengganggu daripada penerimaan kematian mereka yang tidak dapat dihindari.

5) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas merupakan hal biasa ditemui ansietas dengan depresi.

Teori fisiologis penyebab kecemasan menurut (Guyton, 2007) Stress fisik atau emosional mengaktivasi amygdala yang merupakan bagian dari sistem limbik yang berhubungan dengan komponen emosional dari otak. Respon emosional yang timbul ditahan oleh input dari pusat yang lebih tinggi di forebrain. Respon neurologis dari amygdala ditransmisikan dan menstimulasi respon hormonal dari hipotalamus. Hipotalamus akan melepaskan hormon CRF (*corticotropin-releasing factor*) yang menstimulasi hipofisis untuk melepaskan hormon lain yaitu ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) ke dalam darah. ACTH sebagai gantinya menstimulasi kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol, suatu kelenjar kecil yang berada di atas ginjal. Semakin berat stress, kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol semakin banyak dan menekan sistem imun.

Menurut (Ganong, 1998) reaksi takut dapat terjadi melalui perangsangan hipotalamus dan *nuclei amigdaloid*. Sebaliknya amigdala dirusak, reaksi takut beserta manifestasi otonom dan endokrinnya tidak terjadi pada keadaan-keadaan normalnya menimbulkan reaksi dan manifestasi tersebut, terdapat banyak bukti bahwa *nuclei amigdaloid* bekerja menekan memori-memori yang memutuskan rasa takut masuknya sensorik aferent yang memicu respon takut terkondisi berjalan langsung dengan peningkatan aliran darah bilateral ke berbagai bagian ujung anterior kedua sisi lobus temporalis. Sistem

saraf otonom yang mengendalikan berbagai otot dan kelenjar tubuh. Pada saat pikiran dijangkiti rasa takut, sistem saraf otonom menyebabkan tubuh bereaksi secara mendalam, jantung berdetak lebih keras, nadi dan nafas bergerak meningkat, biji mata membesar, proses pencernaan dan yang berhubungan dengan usus berhenti, pembuluh darah mengerut, tekanan darah meningkat, kelenjar adrenal melepas adrenalin ke dalam darah. Akhirnya, darah di alirkan ke seluruh tubuh sehingga menjadi tegang dan selanjunya mengakibatkan tidak bisa tidur.

h. Penatalaksanaan kecemasan

1) Farmakologi, Departemen Kesehatan RI (2008)

a) Antiansietas

(1) Golongan Benzodiazepam

(2) Buspiron

b) Antidepresi

Golongan Serotonin Norepinephrin Reuptake Inhibitors (SNRI).

Pengobatan yang paling efektif untuk pasien dengan kecemasan menyeluruh adalah pengobatan yang mengkombinasikan psikoterapi dan farmakoterapi. Pengobatan mungkin memerlukan cukup banyak waktu bagi klinisi yang terlibat (Mansjoer, 2010).

2) Non farmakologi

a) Distraksi

Merupakan metode menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak, sehingga dapat menurunkan hormon-hormon stresor, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Potter & Perry, 2010).

i. Alat ukur kecemasan

Salah satu instrumen yang dapat digunakan untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan pasien preoperatif apakah ringan, sedang, berat, dapat digunakan alat ukur (*instrument*) yang dikenal dengan *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)*.

Skala ini dibuat oleh William W.K. Zung bertujuan untuk menilai kecemasan sebagai kelainan klinis dan menentukan gejala kecemasan. *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)* merupakan skala

dengan 20 item, mengandung karakteristik yang biasa ditemukan dari gangguan kecemasan (15 respon peningkatan kecemasan dan 5 respon penurunan kecemasan). Instrumen ini dimodifikasi dan sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Semua pernyataan diukur dalam 4 skor diantaranya, yaitu 1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sering, 4: selalu.

Skala ZSAS yang dikutip (Zung dalam Dariah, 2015) penilaian kecemasan terdiri dari 20 item, meliputi:

1. Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya
2. Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas
3. Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur
4. Saya mudah marah, tersinggung atau panik
5. Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi
6. Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar
7. Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot
8. Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah
9. Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang
10. Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat
11. Saya sering mengalami pusing
12. Saya mudah sesak napas tersengal-sengal
13. Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan
14. Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya

15. Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan
16. Saya sering buang air kecil dari pada biasanya
17. Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat
18. Wajah saya terasa panas dan kemerahan
19. Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam
20. Saya mengalami mimpi-mimpi buruk

Menurut Zung (1971) cara penilaian kecemasan akan digolongkan menjadi 4 tingkatan kecemasan yang mengacu pada nilai yang diperoleh saat dilakukan perhitungan dengan pembagian tingkatan dan rentang skor sebagai berikut:

- 1) Skor ≤ 20 = tidak ada kecemasan
- 2) Skor 21 – 40 = kecemasan ringan
- 3) Skor 41 – 60 = kecemasan sedang
- 4) Skor 61 – 80 = kecemasan berat

2) Masase Punggung

a. Pengertian

Terapi pijat merupakan manipulasi jaringan ikat melalui gosokan, atau meremas untuk meningkatkan sirkulasi, memperbaiki sifat otot, dan relaksasi (Perry, 2010). Masase punggung merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan di bawahnya dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, memberikan relaksasi dan meningkatkan sirkulasi (Bulecheck & Dochterman, 2004). Masase punggung atau sering diistilahkan *effleurage* merupakan teknik yang

sejak dahulu digunakan dalam keperawatan untuk meningkatkan relaksasi dan istirahat. Riset menunjukkan bahwa masase punggung memiliki kemampuan untuk menghasilkan respon relaksasi. Menurut Berman (2009) menyatakan bahwa gosokan punggung sederhana selama 3 menit dapat meningkatkan kenyamanan dan relaksasi klien serta memiliki efek positif pada parameter kardiovaskular seperti tekanan darah, frekuensi denyut jantung, dan frekuensi pernafasan.

b. Tujuan

Menurut Stuart & Sundeen (2014) tindakan relaksasi masase ini bertujuan untuk meningkatkan kendali dan percaya diri serta mengurangi stres dan kecemasan yang dirasakan, area untuk melakukan masase yang baik dilakukan yaitu pada area punggung.

c. Manfaat

Menurut Direktorat Pembina Kursus dan Pelatihan pijat refleksi juga memberikan manfaat bagi sistem dalam tubuh yaitu stres, kurang tidur, nyeri kepala, dan sebagainya menimbulkan ketegangan pada sistem saraf. Pijat refleksi dapat bersifat sedatif yang berfungsi meringankan ketegangan pada saraf. Karena mempengaruhi sistem saraf, pijat refleksi juga dapat meningkatkan aktivitas sistem vegetasi tubuh yang dikontrol oleh otak dan sistem saraf, yakni sistem kelenjar-hormonal, sistem peredaran darah, sistem pencernaan, dan lain-lain.

d. Indikasi masase punggung

Masase punggung dapat diberikan pada pasien yang mengalami gangguan tidur (insomnia), pasien yang mengalami ansietas, pasien yang sedang mengalami gejala distress, dan pasien yang mengalami nyeri (Lynn dalam Andjani 2016). Pemberian stimulasi pada kulit yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot (Perry, 2010). Masase punggung dapat dilakukan kapan saja misalnya sebelum tidur atau sebelum mandi untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien. Posisi pasien tengkurap atau jika ada indikasi pasien bisa miring untuk mendapatkan masase punggung (Lynn dalam Andjani, 2016).

e. Kontraindikasi masase punggung

Menurut Potter & Perry (2010) masase punggung tidak dianjurkan pada pasien dengan kondisi fraktur tulang rusuk atau vertebra. luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka pada daerah punggung.

f. Teknik masase punggung

Gosokan punggung yang efektif memerlukan waktu 3 sampai 5 menit. Pelaksanaan masase punggung dimulai dengan melakukan beberapa persiapan. Persiapan-persiapan yang perlu diperhatikan antara lain persiapan alat, persiapan lingkungan, persiapan pasien dan persiapan perawat (Perry, 2005).

1) Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit, *lotion* untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan masase.

2) Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan adalah mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien. Selain itu mengatur cahaya, suhu, dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pasien.

3) Persiapan pasien

Persiapan pasien yang dilakukan adalah mengatur posisi yang nyaman bagi pasien dan membuka pakain pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien. Posisi tengkurap atau berbaring miring. Sebelum melakukan masase punggung, perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi pasien.

a) Mengkaji kondisi kulit, apakah ada kemerahan pada kulit atau inflamasi, luka bakar, luka terbuka, dan fraktur tulang rusuk.

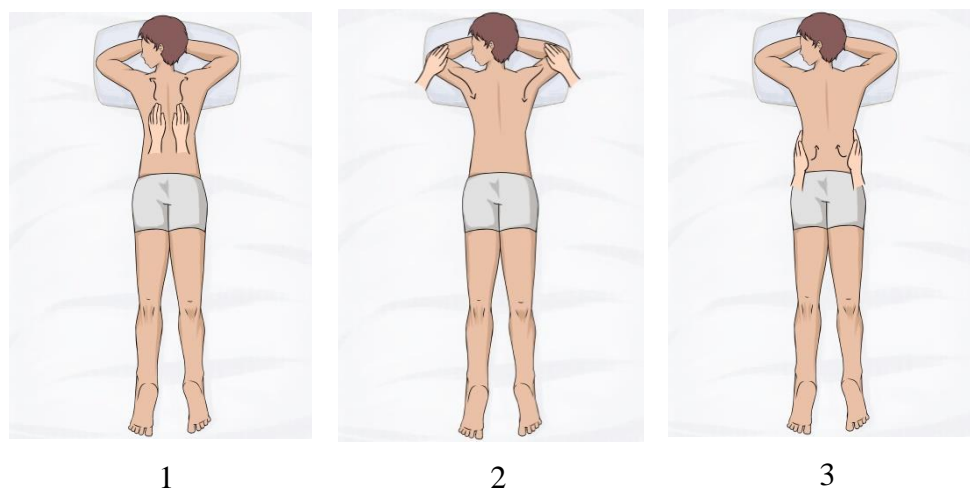
b) Mengkaji tingkat kecemasan pada pasien sebelum dilakukan operasi

4) Persiapan perawat

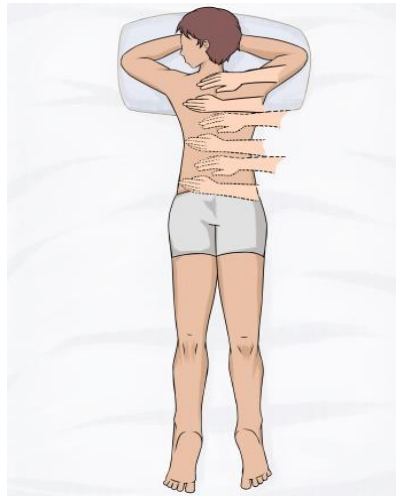
Perawat perlu menjelaskan tujuan tindakan masase punggung kepada pasien, mengkaji kondisi pasien dan mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan untuk mempertahankan kebersihan dan menghindari perpindahan mikroorganisme.

- 5) Langkah-langkah pelaksanaan masase punggung
- a) Aplikasikan *lotion* pada bagian punggung pasien
 - b) Letakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Memulai masase dengan gerakan *effleurage*, yaitu masase dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali ke bawah punggung. Menjaga tangan tetap menyentuh kulit. *Effleurage* diberikan awal, diselah pergantian antara gerakan dan diakhir sesi masase punggung.
 - c) Selanjutnya gerakan *petrissage* yaitu meremas kulit dengan mengangkat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan. Meremas ke atas sepanjang di kedua sisi tulang belakang dari bawah punggung ke bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah ke arah sakrum.
 - d) Akhiri gerakan dengan masase memanjang ke bawah.

Gambar 2. Gerakan masase punggung



Gerakan *Effleurage*



4

Gerakan *Petrissage*

3) Pra Operasi

Keperawatan pra operasi merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan karena fase ini merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Oleh karena itu, pengkajian secara integral dan komprehensif dari aspek fisiologis pasien yang meliputi fungsi fisik-biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Pada tahap ini tugas seorang tenaga perawat dapat memberikan sugesti positif untuk menurunkan kecemasan pasien menjelang operasi (Majid, 2011).

a. Persiapan pasien sebelum menjalani tindakan pembedahan

1) Persiapan fisik

Persiapan fisik pra operasi yang dilakukan pada pasien sebelum operasi adalah:

a) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, yang meliputi 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 dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

b) Status nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi dan berat badan, lipatan kulit trisep, lingkaran 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.

Status gizi yang buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit.

c) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan atau keseimbangan 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 serum (normal: 135-145 mmol/l), kadar Kalium serum (normal: 3,5-5 mmol/l) dan kadar Kreatinin serum (0,70-1,50 mg/dl). Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri atau anuria, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal, kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

d) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus dibersihkan terlebih dahulu sebelum dilakukan operasi. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan huknah/enema/lavement. Selain tindakan huknah, pasien dipuasakan antara 7-8 jam sebelum operasi, biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB. Tujuan dari pengosongan

lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi yaitu masuknya cairan lambung ke dalam paru-paru dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi cito (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas, maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan selang nasogastrik (nasogastric tube/NGT).

e) 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 atau menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran, dan jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha, misalnya apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, hemoroidektomi maka tidak perlu dilakukan pencukuran.

f) 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 dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya 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.

g) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih (bladder) dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi kandung kemih dengan tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi keseimbangan cairan.

2) Persiapan mental/psikis

Persiapan mental menurut Majid (2011) merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi, karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Long, 1999).

Kecemasan atau ketakutan dapat berakibat pada perubahan fisiologis pasien sebelum menjalani pembedahan, diantaranya adalah:

- a) Pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa dibatalkan.
- b) Pasien wanita yang terlalu cemas menghadapi operasi dapat mengalami menstruasi lebih cepat dari biasanya, sehingga operasi terpaksa harus ditunda.

Setiap orang mempunyai pandangan yang berbeda dalam menghadapi pengalaman operasi sehingga akan memberikan respon yang berbeda pula, akan tetapi sesungguhnya perasaan takut dan cemas selalu dialami setiap orang dalam menghadapi pembedahan.

Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan atau kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain:

- a) Takut nyeri setelah pembedahan.
- b) Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (*body image*).
- c) Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti).
- d) Takut atau cemas akan mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
- e) Takut atau ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- f) Takut mati saat dibius atau tidak sadar lagi.
- g) Takut operasi gagal

4) Anestesi Umum

a. Definisi

Anestesi umum adalah sebagai narkose atau bius. Jika pada anestesi umum pasien tidak sadar, pada anestesi regional pasien masih sadar, tetapi tidak merasakan nyeri. Anestesi umum juga menyebabkan amnesia yang bersifat anterograd, yaitu hilangnya ingatan saat dilakukan pembiusan dan operasi sehingga saat pasien sudah sadar, pasien tidak mengingat peristiwa pembedahan atau pembiusan yang baru saja dilakukan. Sifat anestesi umum yang reversibel memungkinkan pasien bangun kembali tanpa efek samping. Anestesi umum juga dapat diperkirakan durasinya dengan penyesuaian dosis (Pramono, 2017).

b. Teknik anestesi umum

Menurut Sjamsuhidajat, 2011 dan Mangku, 2010 anestesi umum dapat diberikan dengan cara inhalasi dan parenteral atau *balance*/kombinasi.

1) Anestesi inhalasi

Pada anestesia ini, anestetik yang bentuk dasarnya berupa gas (N_2O), atau larutan yang diuapkan menggunakan mesin anestesia, masuk ke dalam sirkulasi sistemik melalui sistem pernapasan, yaitu secara difusi di alveoli. Tingkat anestesia yang cukup dalam untuk pembedahan akan tercapai bila kadar anestetik dalam otak menghasilkan kondisi tidak sadar, tidak nyeri, dan hilangnya refleks.

Sistem aliran gas dalam sistem pernapasan dikelompokkan menjadi sistem terbuka, setengah terbuka atau tertutup. Kriteria pengelompokan ini didasarkan pada ada-tidaknya proses *rebreathing*, yaitu penghirupan kembali udara ekshalasi, dan penyerap (absorber) CO₂ dalam sirkuit pernapasan mesin anestesia.

Tiap sistem mempunyai keuntungan dan kerugiannya sendiri. Keuntungan sistem terbuka adalah alat yang diperlukan sederhana. Karena tidak terjadi *rebreathing*, sistem ini masih menjadi pilihan anestesia untuk pasien bayi dan anak. Kerugiannya, sistem ini memerlukan aliran gas yang tinggi sehingga udara pernapasan menjadi kering. Pada sistem tertutup, gas ekshalasi dihirup kembali, kebutuhan aliran gas dan oksigen dapat minimal karena gas pernapasan hanya beredar dalam sirkuit paru dan mesin anestesia. Keuntungan sistem tertutup adalah lebih hemat dan mengurangi populasi. Namun, jika terdapat turbulensi tahanan dalam sirkuit akan meningkat demikian juga dengan suhu. Alat anestesia yang digunakan lebih kompleks, termasuk sistem pemantauan untuk masalah keamanan.

2) Anestesi parenteral

Anestetik parenteral umumnya dipakai untuk induksi anestesia umum dan menimbulkan sedasi pada anestesia lokal dengan *conscious sedation*. Anestesia parenteral langsung masuk ke darah dan eliminasinya harus menunggu proses metabolisme maka

dosisnya harus diperhitungkan secara teliti. Untuk mempertahankan anestesia atau sedasi pada tingkat yang diinginkan, kadarnya dalam darah harus dipertahankan dengan suntikan berkala atau pemberian infus kontinue. Obat tertentu seperti barbiturat kadar plasmanya bertahan lama sebelum turun di bawah 50% setelah infus kontinue dihentikan. Oleh karena itu, barbiturat bukan obat intravena yang sesuai bila diperlukan pulih-sadar yang segera.

c. Stadium anestesi

Saat dilakukan anestesi, seseorang akan memasuki stadium anestesi melalui beberapa tahap. Tahapan anestesi tersebut akan tampak nyata jika menggunakan eter. Guedel (1920) dalam Pramono, 2017 membagi anestesi umum dengan eter dalam 4 stadium (stadium III dibagi menjadi 4 plana), yaitu:

- 1) **Stadium I**, disebut sebagai stadium analgesia atau stadium disorientasi. Stadium ini dimulai saat pemberian anestetik hipnotik sampai hilangnya kesadaran. Pada stadium ini, pasien masih dapat mengikuti perintah dan terdapat analgesia (hilangnya rasa sakit). Tindakan pembedahan ringan, seperti pencabutan gigi dan biopsi kelenjar, dapat dilakukan pada stadium ini. Stadium ini berakhir dengan ditandai oleh hilangnya reflek bulu mata yang diketahui dengan melakukan rabaan pada bulu mata.
- 2) **Stadium II**, disebut sebagai stadium eksitasi atau stadium delirium. Stadium ini dimulai dari akhir stadium I dan ditandai dengan

pernapasan yang irreguler, pupil melebar dengan reflek cahaya (+), pergerakan bola mata tidak teratur, lakrimasi (+), tonus otot meninggi, serta diakhiri dengan hilangnya reflek menelan dan kelopak mata.

3) **Stadium III**, yaitu stadium sejak mulai teraturnya lagi pernapasan hingga hilangnya pernapasan spontan, hilangnya reflek kelopak mata, dan dapat digerak-gerakkannya kepala ke kiri dan ke kanan dengan mudah. Stadium III dibagi menjadi 4 plana, yaitu:

a) Plana 1 (P1): 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 (tonus otot mulai menurun).

b) Plana 2 (P2): Pernapasan teratur, spontan, perut-dada, volume tidak menurun, frekuensi meningkat, bola mata tidak bergerak (tetapi terfiksasi di tengah), pupil midriasis, reflek cahaya mulai menurun, relksasi otot sedang, dan reflek laring hilang sehingga proses intubasi dapat dilakukan).

c) Plana 3 (P3): Pernapasan teratur oleh perut karena otot interkostal mulai paralisis, lakrimalis tidak ada, pupil midriasis dan sentral, reflek laring dan peritoneum tidak ada, serta relaksasi otot lurik hampir sempurna (tonus otot semakin menurun).

d) Plana 4 (P4): Pernapasan tidak teratur oleh perut karena otot interkostal paralisis total, pupil sangat midriasis, 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 medula oblongata, dimulai dengan melemahnya pernapasan perut dibanding stadium III plana 4. Pada stadium ini, tekanan darah tidak dapat diukur, denyut jantung berhenti, dan akhirnya terjadi kematian. Kelumpuhan pernapasan pada stadium ini tidak dapat diatasi dengan pernapasan buatan.

d. Komplikasi anestesi

Suatu pembedahan dapat menyebabkan rasa tidak nyaman, nyeri, dan kemungkinan komplikasi pembedahan dapat terjadi. (Boulton, 2012) Menurut Sjamsuhidajat, 2011 terdapat gangguan faal pasca anestesia, yaitu:

1. Pernapasan

Penyebab tersering penyulit pernapasan adalah sisa anestetik dan sisa pelemas otot yang belum di metabolisasi secara sempurna. Selain itu, lidah yang jatuh ke belakang menyebabkan obstruksi hipofaring. Kedua hal ini, menyebabkan hipoventilasi, dan dalam derajat yang lebih berat menyebabkan apnea. Penyebab lainnya adalah regurgitasi, berupa naiknya isi lambung ke faring sehingga terjadi aspirasi yang menyebabkan obstruksi serta kerusakan jaringan bronkoalveolar. Kejadian muntah tidak diketahui karena

regurgitasi tidak terlihat, tanpa bunyi dan gerakan seperti normalnya. Benda asing mudah sekali masuk ke jalan napas dan paru, karena selama tidak sadar refleks batuk hilang. Selain tindakan pembebasan jalan napas, juga perlu dilakukan penambahan oksigen, memberikan napas buatan, serta tambahan antidot pelemas otot sampai penderita dapat bernapas sendiri.

2. Sirkulasi

Penyulit sirkulasi yang sering dijumpai adalah hipotensi, syok, dan aritmia. Penurunan tekanan darah sering disebabkan oleh hipovolemia akibat perdarahan yang tidak cukup diganti, kehilangan cairan yang tersembunyi seperti merembesnya darah dari luka pembedahan, atau arteri yang terlepas jahitannya. Penyebab lainnya adalah sisa anestetik yang masih tertinggal dalam sirkulasi.

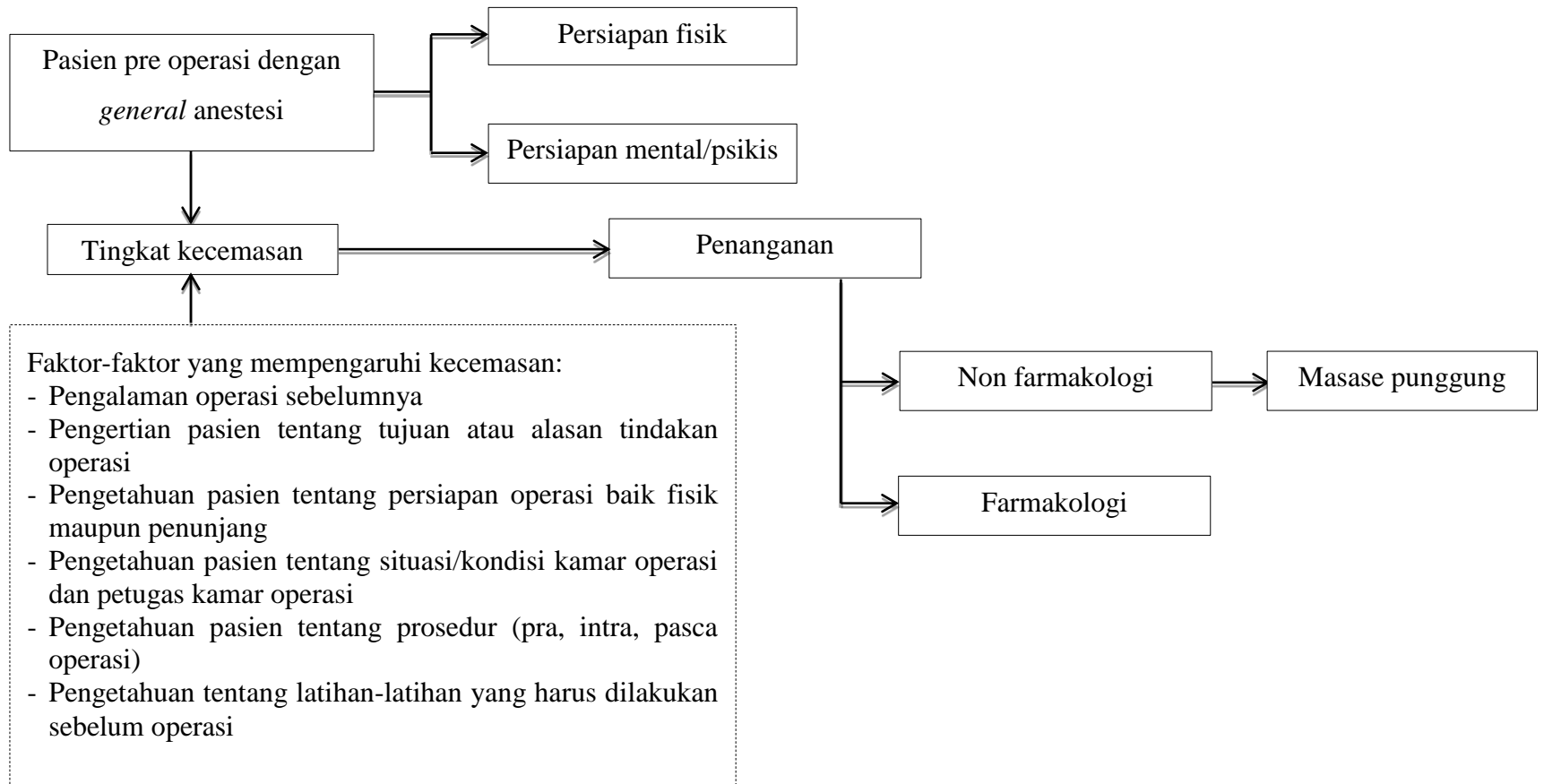
3. Regurgitasi dan muntah

Muntah dan regurgitasi disebabkan oleh hipoksia selama anestesia, anestesia yang terlalu dalam, rangsang anestetik, misalnya eter, langsung pada pusat muntah di otak, ditambah dengan tekanan lambung yang tinggi karena lambung penuh atau akibat tekanan dalam rongga perut yang tinggi, misalnya karena ileus. Muntah harus dicegah karena dapat menyebabkan aspirasi. Muntah dapat dihindari dengan cara merendahkan serta memiringkan kepala sehingga cairan mengalir keluar dari sudut mulut karena dibantu oleh gaya berat.

4. Gangguan faal lain

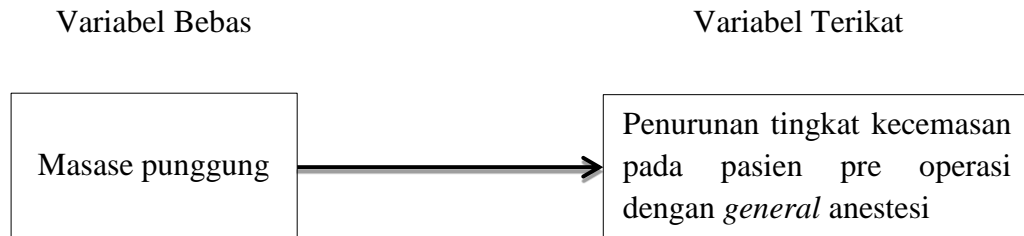
Gangguan kesadaran dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu pemanjangan masa pemulihan kesadaran dan penurunan kesadaran yang disertai kenaikan tekanan intrakranial. Tingkat kesadaran dinilai dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS). Pemanjangan masa pemulihan kesadaran dapat disebabkan oleh anestetik atau premedikasi yang efeknya memanjang karena overdosis absolut maupun relatif. Overdosis relatif terjadi akibat syok, hipotermia, metabolisme hati menurun, usia lanjut, dan malnutrisi sehingga sediaan anestetik lambat dikeluarkan dari dalam darah.

B. Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori
 Sumber: Majid (2011), Murwani (2009), Stuart (2016),
 Pramono (2017), Mangku (2010)

C. Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep *Pre test Post test*

Keterangan:



= Variabel yang diteliti

D. Hipotesis

Ada pengaruh pemberian masase punggung terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi dengan *general anestesi*.
