

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Spinal Anestesi

a. Pengertian Spinal Anestesi

Spinal anestesi adalah anestesi regional dengan tindakan penyuntikan obat anestesi lokal ke dalam ruang *subarachnoid*. Anestesi spinal disebut juga sebagai blok spinal intradural atau blok intratekal. Suntikan diberikan menghadap kebawah/kaudal kedalam ruang *subarachnoid* diantara vertebra lumbal 2 dan lumbal 3, lumbal 3 dan lumbal 4, atau lumbal 4 dan 5 (Pramono, 2015).

b. Tujuan *Spinal* Anestesi

Teknik spinal anestesi merupakan prosedur pemberian obat anestesi untuk menghilangkan rasa sakit pada pasien yang akan menjalani pembedahan dengan menginjeksikan obat anestesi lokal ke dalam cairan *cerebrospinal* dalam ruang *subarachnoid* dan obat akan menyebar sesuai dengan gravitasi, posisi pasien, tekanan cairan *cerebrospinal* dan lain-lain (Barde, 2012).

c. Indikasi dan Kontra Indikasi Spinal Anestesi

Menurut Pramono (2015) indikasi dilakukannya spinal anestesi yaitu untuk operasi bedah abdomen bagian bawah, bedah ekstremitas bawah, bedah obstetriginekologi, bedah anorektal dan perianal, bedah pada abdomen atas dan bedah pediatrik biasanya dikombinasi dengan anestesi umum ringan.

Menurut (Latief, Suryadi, & Dachlan, 2012) kontra indikasi dibagi menjadi dua yaitu indikasi kontra relative dan indikasi kontra absolut. Indikasi kontra absolut spinal anestesi adalah pasien menolak, infeksi pada tempat suntikan, hipovolemia berat, syok, koagulopati atau mendapat terapi antikoagulan, tekanan intrakranial meninggi (TIK), fasilitas resusitasi minimum, kurang pengalaman/tanpa didampingi konsultan anestesi. Indikasi kontra relatif adalah infeksi sistemik (sepsis, bakteremi), infeksi sekitar tempat suntikan, kelainan neurologis, kelainan psikiatris, bedah lama, penyakit jantung, hipovolemia ringan, dan nyeri punggung kronis.

d. Mekanisme Kerja Spinal Anestesi

Mekanisme kerja spinal anestesi adalah dengan bekerja pada reseptor spesifik di saluran natrium (sodium channel), kemudian mencegah peningkatan permeabilitas sel saraf terhadap ion natrium dan kalium sehingga terjadi depolarisasi pada membran sel saraf dan

berakibat tidak terjadi konduksi saraf. Keadaan ini menyebabkan aliran impuls yang melewati saraf tersebut terhenti, sehingga segala macam rangsang atau sensasi tidak sampai ke susunan saraf pusat. Keadaan ini menyebabkan timbulnya parastesi sampai analgesia, paresis sampai paralisis dan vasodilatasi pembuluh darah pada daerah yang terblok. Contoh anestetik lokal yang bisa digunakan adalah kokain, prokain, kloroprokain, lidokain, dan bupivakain (Pramono, 2015).

e. Lama Kerja Spinal Anestesi

Lama kerja obat anestesi lokal dipengaruhi oleh jenis anestesi, besarnya dosis, ada tidaknya vasokonstriktor dan besarnya penyebaran anestesi lokal, kelarutan dalam lemak, obat dengan kelarutan dalam lemak yang tinggi akan memiliki kerja lebih panjang sebab lebih lambat dikeluarkan dari sirkulasi darah (Barde, 2012).

f. Komplikasi dan Penanganan Komplikasi pada Spinal Anestesi

Menurut Adiyanto (2017), komplikasi yang sering timbul dan penanganannya pada anestesi spinal yaitu: hipotensi, bradikardi, kesulitan jalan nafas, dan blok spinal tinggi.

1) Hipotensi

Tonus vasomotor dipengaruhi oleh serabut simpatis dari thoracalis 5 sampai lumbalis 1 yang mensyarafi otot polos, arteri dan vena. Blok spinal biasanya pada onset obat atau masuknya obat

anestesi ke dalam Subarachnoid (SAB) serta meluasnya blok simpatis yang menyebabkan vasodilatasi vaskuler, penurunan cardiac output yang terjadi secara sekunder akibat berkurangnya preload maka terjadi penurunan tekanan darah, penurunan denyut jantung dan kontraktilitas jantung biasanya terjadi pada menit ke 15-20 setelah penyuntikan obat. Hipotensi terjadi karena vasodilatasi akibat blok simpatis, makin tinggi blok maka semakin berat hipotensi. Secara prinsip penanganan pada pasien yang mengalami hipotensi adalah sebagai berikut:

- a) Mengoptimalkan preload apabila terdapat gangguan preload.
 - b) Sistemik vasokonstriksi (pemberian vasokonstriktor).
 - c) Mengoptimalkan kontraktilitas jantung dengan pemberian obat inotropic dan memastikan kontraktilitas jantung tidak terganggu dengan oksigenasi yang adekuat, ventilasi normocapnia, normotermia, dan koreksi terhadap asidosis.
 - d) Kontrol rate dan irama jantung.
- 2) Bradikardi

Tonus vasomotor dipengaruhi oleh serabut simpatis dari thoracalis 5 sampai lumbalis 1 yang mensyarafi otot polos, arteri dan vena sehingga menyebabkan penurunan denyut jantung dan denyut nadi. Bradikardia didefinisikan sebagai laju nadi <60 kali/menit. Penanganan untuk bradikardi adalah sebagai berikut:

- a. Berikan premedikasi pasien yang beresiko respon vagal dengan agen antikolinergik Atropin 0,4 mg (dewasa), Glycopyrrolate 0,2 mg (dewasa).
- b. Berikan obat-obatan untuk terapi bradikardi dengan Atropin, Transcutaneous pacing (TCP), Epinephrine, dan Dopamine.
- c. Pada keadaan emergency lakukan survey primer dan resusitasi dan lakukan survey sekunder dan terapi sesuai penyebab.
- d. Jika kondisi berat ambil troli emergency dan defibrillator.

2. General Anestesi

- a. Pengertian general anestesi

General anestesi atau yang sering disebut dengan anestesi umum adalah suatu keadaan tidak sadar yang bersifat sementara dan diikuti oleh hilangnya rasa nyeri di seluruh tubuh akibat pemberian obat anestesi. *General* anestesi menyebabkan mati rasa karena pemberian obat masuk ke jaringan otak dengan tekanan setempat yang tinggi. General anestesi mempunyai tujuan menghilangkan nyeri, membuat tidak sadar, dan menyebabkan amnesia yang bersifat reversible (Mangku & Tjokorda, 2010).

General anestesi atau anestesi umum bertujuan untuk menghilangkan nyeri, membuat tidak sadar, dan menyebabkan amnesia yang bersifat reversible dan dapat diprediksi. Tiga pilar anestesi umum meliputi hipnotik atau sedatif, yaitu membuat pasien tertidur atau mengantuk/ tenang, analgesia atau tidak merasa sakit,

rileksasi otot, yaitu kelumpuhan otot skelet, dan stabilitas otonom antara saraf simpatis dan parasimpatis (Pramono, 2015).

b. Teknik Anestesi Umum

Teknik anestesi umum menurut Mangku dan Senapathi (2010), dapat dilakukan dengan 3 teknik, yaitu :

1) Anestesi umum inhalasi

Salah satu teknik anestesi umum yang dilakukan dengan memberikan kombinasi obat anestesi inhalasi yang berupa gas dan atau cairan yang mudah menguap melalui alat/ mesin anestesi langsung ke udara inspirasi. Obat-obat anestesi umum di antaranya nitrous oksida (N₂O), halotan, enfluran, isofluran, sevofluran, dan desfluran. Berdasarkan khasiatnya, obat-obat tersebut dikombinasikan saat digunakan. Kombinasi obat tersebut diatur sebagai berikut :

- a) N₂O + halotan atau,
- b) N₂O + isofluran atau,
- c) N₂O + desfluran atau,
- d) N₂O + enfluran atau,
- e) N₂O + sevofluran.

Pemakaian N₂O harus dikombinasikan dengan O₂ dengan perbandingan 70 : 30 atau 60 : 40 atau 50 : 50.

Menurut Goodman & Gilman (2012), cara pemberian anestesi dengan obat-obatan inhalasi dibagi menjadi empat sebagai berikut :

a. *Open drop method*

Cara ini dapat digunakan untuk zat anestetik yang menguap, peralatan sederhana dan tidak mahal. Zat anestetik diteteskan pada kapas yang ditempelkan di depan hidung sehingga kadar zat anestetik dihirup tidak diketahui karena zat anestetik menguap ke udara terbuka.

b. *Semi open drop method*

Cara ini hampir sama dengan open drop, hanya untuk mengurangi terbuangnya zat anestetik digunakan masker. Karbondioksida yang dikeluarkan pasien sering terhisap kembali sehingga dapat terjadi hipoksia, untuk menghindari hal tersebut, pada masker dialirkan oksigen melalui pipa yang ditempatkan di bawah masker.

c. *Semi closed method*

Udara yang dihisap diberikan bersama oksigen murni yang dapat ditentukan kadarnya, kemudian dilewatkan pada penguap (vaporizer) sehingga kadar zat anestetik dapat ditentukan. Sesudah dihisap pasien, karbondioksida akan dibuang ke udara luar. Keuntungan cara ini, kedalaman anestesi dapat diatur dengan memberikan kadar tertentu zat

anestetik sehingga hipoksia dapat dihindari dengan pemberian O₂.

d. Closed method

Cara ini hampir sama dengan semi closed, hanya udara ekspansi dialirkan melalui absorben (soda lime) yang dapat mengikat karbondioksida, sehingga udara yang mengandung zat anestetik dapat digunakan lagi.

2) Anestesi umum intravena

Salah satu teknik anestesi umum yang dilakukan dengan jalan menyuntikkan obat anestesi parenteral langsung ke dalam pembuluh darah vena. Obat-obat anestesia intravena di antaranya ketamin HCl, tiopenton, propofol, diazepam, deidrobzperidol, midazolam, petidin, morfin, fentanil/ sufentanil.

3) Anestesiimbang

Teknik anestesi dengan menggunakan 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.

c. Stadium anestesi Pramono (2014) membagi general anestesi ke dalam 4 stadium, yaitu:

1) Stadium I (Stadium Induksi), dimulai dari pemberian agen anestesi sampai hilangnya kesadaran. Rasa takut pada pasien

dapat meningkatkan nafas dan nadi, dilatasi pupil, dapat juga terjadi urinasi dan defekasi.

- 2) Stadium II (Stadium Eksitasi Involunter), dimulai dari hilangnya kesadaran sampai permulaan stadium pembedahan. Pada stadium II terjadi eksitasi dan gerakan yang tidak menuruti kehendak pernafasan tidak teratur, inkontinensia urin, midriasis, hipertensi dan takikardia.
- 3) Stadium III (Pembedahan/Operasi), terbagi menjadi 4 plana yaitu:
 - i. Plana I yang ditandai dengan pernafasan mulai teratur dan terhentinya anggota gerak. Tipe pernafasan *thoracoabdominal*, refleks pedal masih ada, bola mata bergerakgerak, palpebral, konjungtiva dan kornea terdepresi.
 - ii. Plana II yang ditandai dengan respirasi *thoraco-abdominal* dan bola mata ventro medial, semua otot relaksasi kecuali otot perut.
 - iii. Plana III yang ditandai dengan respirasi regular, abdominal, bola mata kembali ke tengah dan otot perut relaksasi.
 - iv. Plana IV yaitu terjadinya paralisis semua otot intercostal sampai diafragma.
- 4) Stadium IV (Paralisis Medulla Oblongata atau Overdosis), ditandai dengan paralisis otot dada, nadi cepat dan pupil dilatasi.

Bola mata menunjukkan gambaran seperti mata ikan karenaterhentinya sekresi lakrimal.

d. 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 pre anestesi yang baik. Tindakan pre anestesi tersebut merupakan langkah lanjut dari hasil evaluasi pre operasi 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, 2010). Tujuan dari pre anestesi menurut Mangku (2010) adalah :

- 1) Mengetahui status fisik klien pre operatif.
- 2) Mengetahui dan menganalisa jenis operasi.
- 3) Memilih jenis / teknik anestesi yang sesuai.
- 4) Mengetahui kemungkinan penyulit yang mungkin akan terjadi selama pembedahan dan atau pasca bedah.
- 5) Mempersiapkan obat / alat guna menanggulangi penyulit yang dimungkinkan.

Pada kasus bedah elektif, evaluasi pre anestesi 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 di derita kurang akurat. Menurut Mangku (2010) persiapan pre anestesi di rumah sakit meliputi :

a. Persiapan psikologis

- 1) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarganya agar mengerti perihal rencana anestesi dan pembedahan yang dijalankan, sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarga bisa tenang.
- 2) Berikan obat sedatif pada klien yang mengalami kecemasan berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien pediatrik (kolaborasi).
- 3) Pemberian obat sedatif dapat dilakukan secara oral pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari 60 – 90 menit sebelum operasi, 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.
- 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 adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeriksaan atau pengukuran status present : 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 :
 - a) Psikologis : gelisah, cemas, takut, atau kesakitan
 - b) Syaraf (otak, medulla spinalis, dan syaraf tepi)
 - c) Respirasi
 - d) Hemodinamik

- e) Penyakit darah
 - f) Gastrointestinal
 - g) Hepato – billier
 - h) Urogenital dan saluran kencing
 - i) Metabolik dan endokrin
 - j) Otot rangka
 - k) Integumen
- 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.

- e. Persiapan lain yang bersifat khusus pre anestesi

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

3. Kecemasan pre operasi

1) Pengertian

Kecemasan adalah merupakan respon psikologis yang timbul terhadap stress (Zahroh dan Maslahatul, 2017). Menurut Stuart dan Sundeen (2016) kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak. Karakteristik kecemasan ini yang membedakan dari rasa takut.

Menurut Zakariah (2015) kecemasan adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan yang digambarkan dengan kegelisahan atau ketegangan dan tanda – tanda hemodinamik yang abnormal sebagai konsekuensi dari stimulasi simpatik, parasimpatik dan endokrin. Kecemasan ini terjadi segera setelah prosedur bedah direncanakan.

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, namun tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh (Muliana, Khasanah, & Susanti, 2016). Kecemasan pre operasi secara umum akan dialami pasien yang akan menjalani prosedur operasi. Kecemasan tersebut akan muncul ketika pasien tahu bahwa dirinya dijadwalkan menjalani prosedur pembiusan dan prosedur bedah (Firdaus, 2014).

Kecemasan merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan kekhawatiran yang berlebihan terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari. Pasien yang mengalami kecemasan pre operasi cenderung memperhatikan hal tertentu di dalam lingkungannya dan mengabaikan hal lain dalam upaya membuktikan bahwa mereka dibenarkan untuk menganggap situasi itu menakutkan (Vellyana, Lestari, & Rahmawati, 2017). 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. Sistem otonom terbagi 2 yaitu sistem simpatis dan parasimpatis. Sistem simpatis bertanggung jawab terhadap adanya stimulasi atau stress. Sementara sistem parasimpatis membuat tubuh kembali ke keadaan istirahat. Perangsangan yang berkelanjutan terhadap sistem simpatis menimbulkan respon stress yang berulang-ulang dan menempatkan sistem otonom pada ketidakeimbangan (Guyton, 2007).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan pre operasi adalah suatu keadaan dimana terjadi berbagai proses emosi ketika seseorang mengalami kekhawatiran atau rasa takut pada saat akan menjalani prosedur pembiusan dan prosedur bedah.

2) Manifestasi kecemasan pre operasi

Kecemasan pre operasi yang terjadi pada pasien dapat menimbulkan manifestasi yang bermacam-macam, diantaranya adalah: terlambatnya relaksasi rahang dan timbulnya batuk selama induksi anestesi, kejadian PONV (Post Operative Nausea Vomitus), memperpanjang masa pemulihan dan perawatan di rumah sakit (Firdaus, 2014). Kecemasan pre operasi juga akan mempengaruhi intensitas nyeri pada fase pemulihan setelah pembedahan. Tingkat kecemasan pasien yang tinggi memiliki korelasi positif terhadap kejadian nyeri pasca bedah. Identifikasi pasien dengan tingkat kecemasan pre operasi yang tinggi dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengantisipasi peningkatan kejadian nyeri pasca bedah. Pada pasien dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi akan memiliki persepsi nyeri yang lebih tinggi juga, karena pasien akan terfokus dengan rasa nyeri yang timbul (Firdaus, 2014).

3) Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pre operasi

Beberapa faktor yang mempengaruhi dengan kecemasan pre operasi adalah sebagai berikut:

1) Usia

Usia mempengaruhi kecemasan pre operasi. Angka prevalensi kecemasan pada pasien pre operasi dalam kategori tinggi yaitu sebanyak 83% responden dari usia remaja dan lansia mengalami kecemasan dari yang ringan sampai berat. Maturitas atau kematangan individu akan mempengaruhi kemampuan coping mekanisme seseorang sehingga individu yang lebih matur sukar mengalami kecemasan karena individu mempunyai kemampuan adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan dibandingkan usia yang belum matur. Usia yang matur yaitu usia dewasa, tingkat kecemasannya lebih sedikit dibandingkan dengan usia remaja. Hal ini membuktikan usia yang matur memiliki kemampuan coping yang cukup dalam mengatasi kecemasan (Vellyana, Lestari, & Rahmawati, 2017).

Usia berhubungan dengan pengalaman dan pandangan terhadap sesuatu, semakin bertambah usia seseorang maka semakin matang proses berfikir dan bertindak dalam menghadapi sesuatu (Bachri, Cholid, & Rochim, 2017).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin berhubungan dengan tingkat kecemasan pre operasi. Dalam sebuah penelitian menyatakan bahwa wanita mempunyai kecemasan yang lebih tinggi daripada pria. Namun, hal tersebut juga harus dikaitkan pada coping seseorang dalam menghadapi suatu kekhawatiran (Firdaus, 2014). Sejalan dengan penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat kecemasan pasien dengan jenis kelamin (Bachri, Cholid, & Rochim, 2017).

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan pasien tidak berhubungan signifikan dengan kecemasan. Latar belakang pendidikan tidak mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang dalam menghadapi operasi, karena tinggi rendahnya status pendidikan seseorang tidak dapat mempengaruhi persepsi yang dapat menimbulkan kecemasan (Vellyana, Lestari, & Rahmawati, 2017). Dalam penelitian lain juga dinyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan pasien (Zamriati, Hutagaol, & Wowiling, 2013).

d. Pekerjaan

Status ekonomi memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan pre operasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka prevalensi penghasilan di bawah UMR mengalami kecemasan

lebih banyak dibandingkan responden dengan penghasilan di atas UMR. Sehingga, otomatis pekerjaan berpengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi (Vellyana, Lestari, & Rahmawati, 2017).

e. Jenis anestesi

Pada teknik pembiusan general anestesi maupun spinal anestesi memberikan banyak komplikasi dan efek samping (Uretsky., Hilton dalam Irianto, 2011). Jika pasien menjalani operasi dengan teknik general anestesi maka pasien dapat merasa cemas dengan membayangkan pasien tidak sadar selama operasi sampai setelah operasi, sedangkan perasaan cemas pada teknik spinal anestesi dengan keadaan sadar pasien dapat membayangkan apa yang sedang dilakukan selama operasi (Octaviani, 2019).

f. Pengalaman pembedahan

Pasien yang belum pernah menjalani operasi sebelumnya cenderung mengalami kecemasan yang tinggi. Pasien dengan kebutuhan informasi yang lebih tinggi cenderung lebih cemas dibandingkan dengan pasien yang berkebutuhan informasi rendah (Firdaus, 2014).

g. Akses Informasi

Akses informasi merupakan pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapat berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi yang akan didapatkan pasien sebelum

pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan, proses, resiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi (Nurwulan, 2017).

h. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan faktor penting yang dibutuhkan seseorang dalam menghadapi masalah dan suatu strategi coping yang sangat baik untuk mengurangi rasa cemas yang berlebihan. Dukungan keluarga dan melibatkan orang terdekat selama perawatan pre operasi berpengaruh terhadap mental seseorang dan dapat meminimalkan efek gangguan psikososial (Winda, Nauli, & Hasneli, 2014). Namun, pernyataan itu tidak sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa dukungan keluarga tidak berhubungan signifikan terhadap kecemasan pasien pre operasi (Winda, Nauli, & Hasneli, 2014). Dalam penelitian lain disebutkan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi (Nurwulan, 2017).

4. Alat ukur kecemasan pre operasi

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan pasien pre operasi apakah ringan, sedang, berat, atau panik maka digunakan alat ukur yang dikenal dengan *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS). *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) adalah salah satu desain untuk menilai sumber kecemasan

pre operasi dan mengembangkan alat untuk mengingatkan kalangan praktisi untuk menilai risiko kecemasan individu (Firdaus, 2014).

APAIS merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur kecemasan pre operasi yang telah divalidasi, diterima dan diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa di dunia. Instrument APAIS dibuat pertama kali oleh Moerman pada tahun 1995 di Belanda. Uji validitas dan reliabilitas instrument APAIS versi Indonesia didapatkan hasil yang valid dan reliabel untuk mengukur tingkat kecemasan pre operasi pada populasi Indonesia dengan nilai *Cronbach Alpha* komponen kecemasan adalah 0,825 dan 0,863 (Firdaus, 2014). Indeks global ini menilai tiga wilayah yang terpisah: kecemasan tentang anestesi, kecemasan tentang operasi, dan keinginan untuk informasi. Adapun daftar pernyataan instrument *APAIS* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1. Daftar Pertanyaan Instrumen *APAIS*

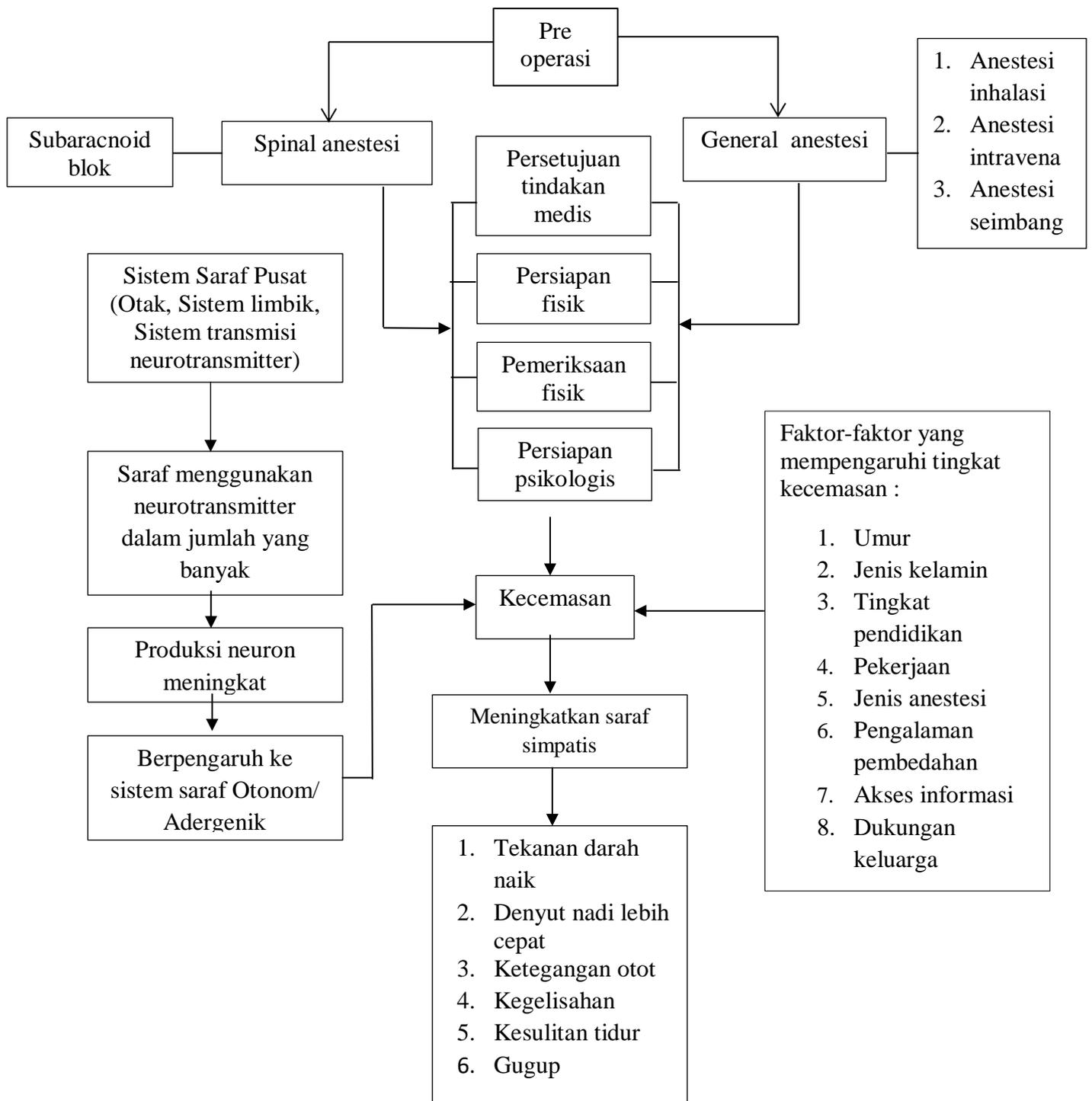
No	Versi Indonesia	Belanda
1	Saya takut dibius	<i>Ik zie erg op tegen de narcose</i>
2	Saya terus menerus memikirkan tentang Pembiusan	<i>Ik moet voortdurend denken aan de narcose</i>
3	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang Pembiusan	<i>Ik zou zoveel mogelijk willen weten over de narcose</i>
4	Saya takut dioperasi	<i>Ik zie erg op tegen de ingreep</i>
5	Saya terus menerus memikirkan tentang Operasi	<i>Ik moet voortdurend denken aan de ingreep</i>
6	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi	<i>Ik zou zoveel mogelijk willen weten over de ingreep</i>

Dari kuisisioner tersebut, untuk setiap item mempunyai nilai 1 - 5 dari setiap jawaban yaitu : 1 = sama sekali tidak; 2 = tidak terlalu; 3 = sedikit; 4 = agak; 5 = sangat.

Jadi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. 1 - 6 : Tidak ada kecemasan.
2. 7 - 12 : Kecemasan ringan.
3. 13 - 18 : Kecemasan sedang.
4. 19 - 24 : Kecemasan berat.
5. 25 - 30 : Kecemasan berat sekali / panik

B. Kerangka teori



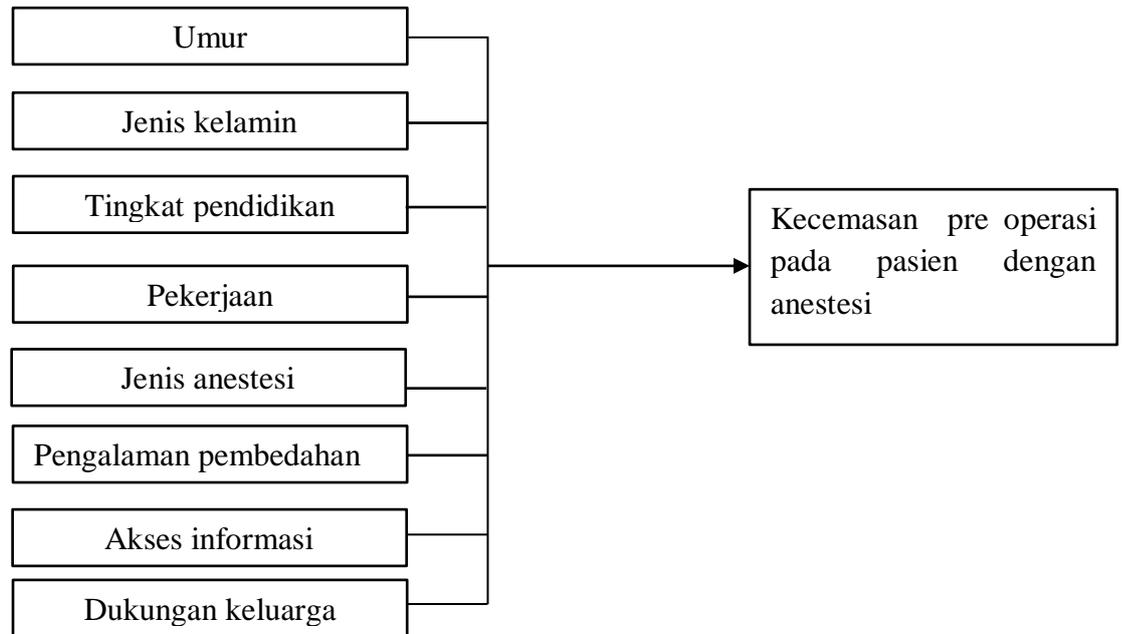
Gambar 1 : Kerangka teori

Sumber : Mangku (2010); Muliana dkk(2016) : Firdaus (2014); Vellyana, dkk (2017); Zamriati (2013); Bachri S, dkk (2017).

C. Kerangka Konsep

Variabel bebas

Variabel terikat



Keterangan :

Di teliti :

Tidak dieliti :

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2016). Berdasarkan pendapat di atas maka peneliti merumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Hipotesis Mayor

Ada faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan umur dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- b. Ada hubungan jenis kelamin dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- c. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- d. Ada hubungan pekerjaan dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- e. Ada hubungan jenis anestesi dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- f. Ada hubungan pengalaman pembedahan dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- g. Ada hubungan akses informasi dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.
- h. Ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pre operasi pada pasien dengan anestesi.