**BAB II**

**KAJIAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Kecemasan**
		1. **Definisi Kecemasan**

Ansietas atau kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan meyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Ansietas dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut (Stuart Gail 2007).

Menurut Dvid A. Tomb (dalam Sujono Riyadi 2009), cemas adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai gejala fisiologis.

* + 1. **Teori Kecemasan**

Menutut Stuart (2007), ada beberapa teori yang menjelaskan tentang kecemasan, antara lain:

1. Dalam pandangan psikoanalitis, ansietas adalah konflik emosional yang erjadi antara dua elemen kepribadian; id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primkitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku , berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
2. Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami ansietas berat.
3. Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang menggangu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori prilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan . ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang ansietas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan ansietas; konflik menimbulkan ansietas dan ansietas menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.
4. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dan depresi.
5. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung resptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neoregulator inhibisi asam gama-amniobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas. Selain itu kesehatan umum individu dan riwayat ansietas pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.
	* 1. **Tingkat Kecemasan**

Tingkatan kecemasan menurut Stuart (dalam Sujono 2009) sebagai berikut :

1. Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapangan persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

1. Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang individu . dengan demikian individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diserahkan untuk melakukannya.

1. Kecemasan Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi inividu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua prilaku ditujukan ntuk mengurangi ketegangan . individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

1. Kecemasan Panik

Kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan terror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panic tidak melakukan sesuatu walaupun arahan . panic mencangkup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan kreatifitas motoric, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional . tingkat ansietas ini tidak sejalan denagan kehidupan; jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.



 Respon adaptif respon maladaptif



antisipasi ringan sedang berat panik

**Gambar 2.1** Rentang Respon Kecemasan. Sumber: Stuart (2007)

* + 1. **Gejala Kecemasan**

Menurut Iskandar Junaidi (2012) hekala kecemasan sebagai berikut:

1. Cepat lelah
2. Gelisah
3. Suliyt berkonsentrasi
4. Mudah tersingung
5. Otot-otot tegang
6. Mengalami gangguan atau sulit tidur

**2.1.5 Respon Tubuh Terhadap Kecemasan**

**Tabel 2.1** Respon fisiologis terhadap kecemasan, Sumber: Stuart (2007)

|  |  |
| --- | --- |
| **Sistem tubuh** | **Respon** |
| Kardiovaskular | PalpitasiJantung berdebarTekanan darah meningkatRasa ingin pingsan\*Pingsan\*Tekanan darah menurun\*Denyut nadi menurun\* |
| Pernapasan  | Napas cepatSesak napasTekanan pada dadaNapas dangkalPembengkakan pada tenggorokanSensasi tercekikTerengah-engah |
| Neuromuscular | Reflek meningkatReaksi terkejutMata berkedip-kedipInsomniaTremorRigiditasGelisah, mondar-mandirWajah tegangKelemahan umumTungkai melemah Gerakan yang janggal |
| Gastrointestinal | Kehilangan nafsu makanMenolak makanRasa tidak nyaman pada abdomenNyeri abdomen\*Mual\*Nyeri ulu hati\*Diare\* |
| Saluran perkemihan | Tidak dapat menahan kencing\*Sering berkemih\* |
| Kulit  | Wajah kemerahanBerekringat setempat (telapak tangan)GatalRasa panas dan dingin pada kulitWajah pucatBerkeringat seluruh tubuh |

\*respon parasimpatis

**Tabel 2.2**Respon perilaku, kognitif, dan afektif terhadap kecemasan, Sumber: Stuart (2007)

|  |  |
| --- | --- |
| **Sistem** | **Respon** |
| Perilaku | GelisahKetegangan fisikTremorReaksi terkejutBicara cepatKurang koordinasiCenderung mengalami cideraMenarik diri dari hubungan interpersonalInhibisiMelarikan diri dari masalahMenghindarHiperventilasiSangat waspada |
| Kognitif  | Perhatian tergangguKonsentrasi burukPelupa Salah dalam memberikan penilaianPreokupasiHambatan berpikirLapang persepsi menurunProduktivitas menurunBingungSangat waspadaKesadaran diriKehilangan objektivitasTakut kehilangan kendaliTakut pada gambaran visualTakut cedera atu kematianKilas balikMimpi buruk |
| Afektif  | Mudah tergangguTidak sabarGelisahTegangGugupKetakutanWaspadaKengerianKekhawatiranKecemasanMati rasaRasa bersalahMalu  |

**2.1.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan**

Menurut Carpenito (2000) faktor–faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

1. Situasi (personal, lingkungan )

Berhubungan dengan nyata/merasa terganggu pada integritas biologis sekunder terhadap serangan, prosedur invasif dan penyakit. Adanya perubahan nyata/merasakan adanya perubahan lingkungan sekunder terhadap perawatan di Rumah Sakit.

1. Maturasional

Tingkat maturasi individu akan mempengaruhi tingkat kecemasan. Pada bayi kecemasan lebih disebabkan karena perpisahan, lingkungan atau orang yang tidak dikenal dan perubahan hubungan dalam kelompok sebaya. Kecemasan pada remaja mayoritas disebabkan oleh perkembangan seksual. Pada dewasa berhubungan dengan ancaman konsep diri, sedangkan pada lansia kecemasan berhubungan dengan kehilangan fungsi.

1. Tingkat Pendidikan

Bila dilihat dari tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin mudah dalam memperoleh penyesuaian diri terhadap stresor. Penyesuaian diri terhadap stresor tersebut erat kaitannya dengan pemahaman seseorang terhadap pemberian informasi yang tepat mengenai stressor. Individu yang berpendidikan tinggi akan mempunyai koping yang lebih baik dari pada yang berpendidikan rendah sehingga dapat mengeliminir kecemasan yang terjadi.

1. Karakteristik Stimulus
2. Intensitas stresor
3. Lama stresor
4. Jumlah Stresor
5. Karakteristik Individu
6. Makna stresor bagi individu
7. Sumber yang dapat dimanfaatkan
8. Respon koping dan status kesehatan ndividu.

**2.1.7 Patofisiologi Kecemasan**

Faktor resiko

Peningkatan GABA

gangguan sel saraf

Gyrus parietalis

Tidak mampu menerima pesan untuk berhenti

Gemetar

Cemas

Peningkatan kerja

Saraf simpatis

takikardia

Vasokonstriksi

Perfusi organ menurun

**Gambar 2.2** Patofisiologi Kecemasan (Stefan Silbernagl & Florian Lang,2012)

Kecemasan berhubungan dengan multiple struktur otak dan fungsi abnormal dari sistem beberapa neurotransmiter : Nor Epinefrin/NE, γ-aminobutyric acid / GABA, dan serotonin (5-HT).

Ada beberapa Teori Neurokimia (*Neurochemical Theories*) :

1. Model nor Adrenergic

Teori ini menyatakan bahwa sistem saraf autonom penderita ansietas bersifat hipersensitif dan mempunyai reaksi yang berlebihan terhadap berbagai jenis stimulus / rangsangan. Sebagai respon terhadap stimulus yang mengancam/berbahaya, maka LC (*locus ceruleus*) sebagai pusat alarm, akan mengaktivasi release NE dan menstimulasi sistem saraf simpatik & parasimpatik. Obat-obat anxiogenik (misal yohimbin & isoproterenol) akan menstimulasi LC dan meningkatkan aktivitas NE sehingga memicu gangguan ansietas maupun panik.

1. Model reseptor Benzodiazepine

Secara fungsional dan struktural, reseptor BZ berhubungan dengan reseptor GABA tipe A (GABAA) dan chanel ion Cl yang dikenal sebagai GABA – BZ receptor complex. GABA sebagai neurotransmiter inhibitori mayor dalam CNS, mempunyai kekuatan sebagai pengatur atau penghambat pada sistem 5 – HT, NE, dan DA. Pada waktu GABA terikat pada masing-masing reseptor tersebut, maka chanel ion Cl membuka & menyebabkan influks ion muatan negatif Cl sehingga menyebabkan hiperpolarisasi membran sel dan menyebabkan penurunan eksitabilitas sel saraf.

1. Model Serotonin

Ansietas berhubungan dengan abnormalitas fungsi 5 – HT. 5 – HT sebagai neurotransmiter inhibitori mempunyai aksi yang diatur oleh minimal 13 sub tipe reseptor yang berbeda. Aktivitas 5 – HT yang lebih besar akan mengurangi aktivitas NE dalam LC, menghambat pertahanan / hilangnya respon melalui daerah abu-abu periaqueductal dan mengurangi release CRF dari hipotalamus. (Obat-obat SSRIs selektif akan menghambat manifestasi panik). Aktivitas 5 – HT yang rendah akan menyebabkan disregulasi neurotransmiter lain. NE mempunyai aksi pada terminal 5 – HT presinaptik sehingga menurunkan release 5 – HT, sebaliknya aktivitasnya pada reseptor postsinaptik akan meningkatkan release 5 – HT.

**2.1.8 Menghitung Tingkat Kecemasan**

Skala HARS pertama kali digunakan di tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan telah menjadi standar untuk mengukur kecemasan.

Instrument ini didasarkan pada munculnya symptom atau gejala pada individu yang mengalami kecemasan dan setiap item yang diobservasi diberi lima tingkatan skor antara 0 (nol present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) yang dikutip Nursalam (2009) penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2. Ketegangan: merasa tegang, lesu, mudah terkejut, tidak dapat istirahat dengan nyenyak, mudah menangis, gemetar, gelisah.
3. Ketakutan: pada gelap, ditinggal sendiri, pada orang asing, pada binantang besar, pada keramaiann lalu lintas, pada kerumunan banyak orang.
4. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun malam hari, tidak pulas, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
5. Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, sulit berkonsentrasi, sering bingung.
6. Perasaan depresi: kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, berkurangnya kesukaan pada hobi, perasaan berunah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatic (otot-otot): nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tak stabil
8. Gejala sensorik: telingan berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gejala karduovaskular: denyut nadi cepat, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemahs eperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, merasa napas pendek/sesak, sering menarik napas panjang/
11. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, mual muntah, berat badan menurun, konstipasi/ sulit buang air besar, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum/ sesudah makan, rasa panas di perut, perut terasa penuh/kembung.
12. Gejala urogenitalia: sering kencing, tidak dapat menhana kencing, amenore, frigiditas
13. Gejala vegetative/otonom: mulut kering, muka kering, mudah berkeringat, pusing/sakit kepala, bulu roma berdiri
14. Apa yang dirasakan: gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi muka tegang, tonus/ketegangan otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori :

0= tidak ada gejala sama sekali

 1= satu dari gejala yang ada

2= sedang/separuh dari gejala yang ada

3= berat/lebih dari ½ gejala yang ada

4= sangat berat semua gejala yang ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 : tidak ada kecemasan

2. Skor 7-14 : kecemasan ringan

3. Skor 15-27 : kecemasan sedang

4. Skor lebih dari 27 : kecemasan berat

* 1. **Konsep Operasi**

**2.2.1 Definisi Operasi**

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh. Preoperatif adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi ( Smeltzer and Bare, 2002 ).

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (R. Sjamsuhidajat & Wim de Jong, 2005).

Menurut Long (2003), tindakan pembedahan adalah ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis. Contoh perubahan fisiologis akibat kecemasan adalah sulit tidur pada pasien pra operasi dan tekanan darah meningkat sehingga operasi dapat dibatalkan.

**2.2.2 Tipe Pembedahan**

Menurut fungsinya (tujuannya), Potter & Perry ( 2005 ) membagi menjadi:

* 1. Diagnostik : biopsi, laparotomi eksplorasi
	2. Kuratif (ablatif) : tumor, appendiktom
	3. Reparatif : memperbaiki luka multiple
	4. Rekonstruktif : mamoplasti, perbaikan wajah.
	5. Paliatif : menghilangkan nyeri,
	6. Transplantasi : penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea).

Sedangkan Smeltzer and Bare ( 2001 ), membagi operasi menurut tingkat urgensi dan luas atau tingkat resiko. Menurut tingkat urgensinya :

* 1. Kedaruratan

 Klien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang diakibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda.

* 1. Urgen

Klien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan dalam 24 – 30 jam.

* 1. Diperlukan

Klien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.

* 1. Elektif

Klien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika tidak dilakukan.

* 1. Pilihan

 Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada klien (pilihan pribadi klien).

Menurut Luas atau Tingkat Resiko :

* 1. Mayor Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.
	2. Minor Operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

**2.2.3 Persiapan Klien Pre Operasi**

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi menurut Brunner & Suddarth ( 2002 ), antara lain :

* 1. Status kesehatan fisik secara umum

 Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatik, 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.

* 1. Status Nutrisi

 Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehisiensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

* 1. Pencukuran daerah operasi

 Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka incisi pada lengan. Tindakan pencukuran (scheren) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien diberikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya : apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, dan hemmoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

* 1. Personal Hygine

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.

* 1. Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi balance cairan.

* 1. Latihan Pra Operasi Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti : manajemen nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan dan mobilisasi dini ROM.

Menurut Benson dan Pernoll (2009) persiapan pre operatif *Sectio Caesarea* sebagai berikut:

* 1. Persiapan Laboratorium

Untuk pasien normal yang menjalani anastesi, diperlukan pemeriksaan hematocrit atau hemoglobin terapi pemeriksaan hitung jenis hanya sedikit membantu dalam pengelolaan anastesi. Pemeriksaan EKG jika riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik menunjukkan perlunya pemeriksaan ini. Pasien yang akan menjalani operasi diperlukan pemeriksaan perorangan misalnya pada pasien diabet memerlukan pemeriksaan gula darah. Pada pasien pre eklamsia dapat menunjukkan defek koagulasi pada kaskade koagulasi dan defek fungsi trombosit sehingga diperlukan pemeriksaan jumlah trombosit, fibrinogen, protrombin dan waktu tromboplastin sertawaktu perdarahan.

* 1. Puasa

Tindakan memuasakan pasien setelah tengah malam sebelum *sectio cesarea* elektif atau anastesi mayor akan menurunkan volume dalam lambung dan menaikkan pH sehingga mengurangi risiko aspirasi isi lambung.

* 1. Hidrasi Intravena

Puasa, muntah atau kehilangan cairan yang tidak terlihat dapat secara langsung mengurangi volume intravascular, kompresi autocaval dapat menyebabkan aliran darah vena yang kembali tidak memadai pada saat melahirkan dan kemungkinan timbul komplikasi (misalanya toksemia dan perdarahan).

* 1. Premedikasi

Kecuali untuk pencegahan asam, premedikasi pasien-pasien kebidanan jarang diperlukan atau diinginkan. Namun jika dierlukan keamanan relative benzodiazepine diazepam dengan dosis >10 mg sudah dipastikan. Antiolinergik juga digunakan sebagai premedikasi kebidanan karena obat ini menumpulkan respon bradikardi akibat pemberian suksinilkolin, mengurangi sekresi oral dan mungkin mengurangi volume lambung.

f. Lain-lain

Persetujuan tindakan harus diperoleh sebelum pasien mendapat pengobatan selain itu pemasangan infus dan kateter menetap di dalam kandung kemih.

Menurut Ida Ayu (2010) alam menghadapi operasi diperlukan kesiapan mental penderita. Penderita diberikan penjelasan mengenai operasi yang akan dilaksanakan. Penderita dapat penderita dapat menyetuji atau menolak dan meyatakannya dalam surat persetujuan yang dinamakan informed consent. Dengan demikian perawat atau bidan dapat memberikan KIE sehingga masyarakat siap menerima tindakan operasi dengan pengertian yang lebih baik.

**2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan**

**2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan (health teaching) merupakan gambaran penting dan bagian dari peran perawat yang profesional dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (preventif). Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (literacy) serta meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya (life skills) demi kepentingan kesehatannya (Nursalam,2008).

Pendidikan kesehatan (health teaching) merupakan bentuk kegiatan dan pelayanan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit ataupun diluar rumahs akit (non klinik) yang dapat dilakukan ditempat ibadah, pusat kesehatan ibu dan anak, tempat layanan publik, tempat penampungan, organisasi masyarakat, organisasi pemeliharaan kesehatan (asuransi), sekolah, panti lanjut usia (werda), dan unit kesehatan bergerak (mobile) (Nursalam,2008).

**2.3.2 Tujuan Health Teaching**

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan perilaku sehat individumaupun masyarakat,pengetahuan yang relevan denganintervensi dan strategi pemeliharaan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, serta mengelola (memberikan perawatan) penyakit kronis dirumah. (Nursalam, 2008)

Pendidikan kesehatan pada dasarnya meningkatkan derajat kesehatan (kesejahteraaan) dan menurunkan ketergantungan serta memberikan kesempatan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk mengaktualisasikan dirinya dalam mempertahankan keadaan sehat yang optimal. Pendidikan kesehatan tidak hanya memberikan informasi saja, tetapi yang penting adalah menciptakan kegiatan yang dapat memandirikan seseorang untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi (Nursalam, 2008).

Layanan kesehatan preventif dapat mengurangi biaya kesehatan dan menurunkan beban bagi individu, keluarga dan, komunitas (potter&perry, 2009)

* + 1. **Peran Perawat Dalam Health Teaching**

Nursalam (2008), menyatakan peran perawat dalam pendidikan kesehatan yakni sebagai, advokat, pemberi perawatan (caregiver), manager kasus, konsultan, culture broker, perantara informasi, inovator, mediator, negosiator, analisa kebijakan, change agent, Promotor atau collaborative partnership, tokoh panutan (role model), sensitizer, aktivis sosial, dan pendidik dalam mengenali dimensi dari pilihan-pilihan kesehatan, mempromosikan perawatan kesehatan, mengetahui sumber daya yang tersedia, memfasilitasi perilaku sehat.

**2.3.4 Ruang Lingkup Health Teaching**

Nursalam (2008), menyatakan Secara garis beasr ruang lingkup pendidikan kesehatan dikomunitas dapat dijalankan sebagai berikut:

1. Dimensi sasaran pendidikan : individu, keluarga, kelompok khusus, masyarakat.
2. Dimensi tempat pelaksanaan : sekolah, pelayanan kesehatan, perusahaan, tempat bekerja.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan: berdasarkan lima tingkat pencegahan Leavel dan Clark diantaranya, promosi kesehatan, perlindungan khusus, diagnosis dini dan pengobatan segera, pembatasan kecacatan, dan rehabilitasi

**2.3.5 Hakikat Pendidikan Kesehatan**

Nursalam (2008), meyatakan, hakikat pendidikan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Salah satu bentuk pemecahan masalah kesehatan dengan pendekatan pendidikan
2. Suatu bentuk penerangan pendidikan dalam pemecahan masalah kesehatan masyarakat
3. Suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga, atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan/perilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal.
4. Didalam pendidikan terjadi proses pertumbuhan dan perkembangan; perubahan ke arah yang lebih baik, lebih dewasa; lebih matang dari pada individu, keluarga, kelompo dan masyarakat.
5. Komponen vital dalam pendidikan kesehatan dikomunitas disebabkan oleh peningkatan, pemeliharaan, dan perbaikan kesehatan mengandalkan klien memahami syarat-syarat pemeliharaan kesehatan.
6. Salah satu kompetensi yang dituntut oleh tenaga keperawatan
7. Salah satu peran yang harus dilaksanakan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan.

**2.4 Konsep Media Pembelajaran**

**2.4.1 Definisi Media Pembelajaran**

Menurut Setiawati (2008), media pembelajaran berasal dari kata medius yang berarti tengah , pengantar, perantara. Media juga diartikan sebagai wahana penyalur pesan.

Menurut Gerach dan Elly (Dalam Setiawati 2008) media memiliki arti secara garis bsar antara lain manusia, materi, atau kejadian yang membangaun peserta ddik dalam memperoleh pembelajaran.

Selain media sebagai alat bantu pembelajaran media juga dipandang sebagai salah satu sumber belajar. Media pembelajaran akan menambah wawasan pengajar dan peserta didik. Media pembelajaran akan membantu secara auditif, visual ataupun audio visual.

Menurut Heinich (Dalam Setiawati 2008) mengemukakan bahwa media adalah perantara yang mengantar informasi antara sumber ke penerima. Gagne & Brigs (1975) mengatakan bahwa media pembelajaran meliputi alat yang secara fisik digunakan untuk menyampaikan isi materi pengajaran.

**2.4.2 Ciri-ciri dan Media Pembelajaran**

Menurut Setiawati (2008), ciri media pembelajaran sebagai berikut:

1. Ciri Fiksatif

Ciri ini menunjukkan bahwa suatu media dapat digunakan untuk merekam, menyimpan, melestarikan dan mengulang objek atau suatu kejadian dilain waktu apabila dibutuhkan. Pengajar bisa mengumpulkan data, foto dari suatu objek, atau kejadian yang kemudian disusun berdasarkan materi yang akan disampaikan. Keuntungan dari media fiksatif adalah berkembangnya kreatifitas pengajar dalam pembuatan media. Pengajar akan termotivasi mencari bahan media semaksimal mungkin untuk disimpan dan dapata digunakan dalam jangka waktu yang lama. Bagi peserta didik media dengan ciri fiksatif akan lebih terstimulus karena media yang ditampilkan bervariasi.

1. Ciri Manipulatif

Ciri manipulative dari sebuah media dapat digunakan dalam proses pembelajaran. Objek yang tidak bisa dilihat secara langsung oleh mata seprti kuman penyebab penyakit, dengan bantuan mikroskop akan terlihat oleh peserta didik saat pelajaran mikrobiologi.

1. Ciri Distribjutif

Ciri distribusi menunjukkan kemampuan media saat ini bukan hanya bisa dipelajari oleh sebagian kecil peserta didik tetatpi bisa berguna untuk khalayak banyak. Bantuan internet semakin memudahkan pendistribusian media peserta didik.

**2.4.3 Manfaat Media Pembelajaran**

Menurut Hamalik (Dalam Setiawati 2008), memberikan gambaran bahwa penggunaan media pembelajaran dapat memberikan manfaat berupa :

1. Membangkitkan minat dan semangat baru bagi peserta didik saat belajar.
2. Membangkitkan motivasi dalam belajar
3. Memberikan pengaruh psikologi bagi peserta didik.

Dengan media yang menarik akan memberikan keyakinan pada peserta didik sehingga peruahan kognitif, afektif, dan psikomotor dapat dipercepat.

**2.4.4 Macam-Macam Media Pembelajaran**

Berdasarkan perkembangan teknologi media dikelompokkan ke dalam beberapa bagian yaitu :

1. Teknologi cetak

 Media ini dihasilkan melalui proses percetakan mekanis dan fotograpis. Media cetak diantaranya teks yang tersusun dalam bentuk buku, majalah, artikel, leaflet, dll. Ciri dari media cetak anatar lain dibaca secraa linear, komunikasi satu arah, statis, berorientasi pada peserta, informasi yang ada bisa diatur kembali oleh peserta didik. Keterbatsan media cetakan anataranya sulit menampilkan gerak, mahal jika disertai foto atau gambar, memakan waktu lama, membosankan, cepat hilang dan frusak.

1. Teknologi audio visual

 Media dihasilkan melalui proses mekanik dan elektronik denga menyajikan informasi atau pesan secara audio dan visual. Media cetak ini antara lain TV, radio, proyektor film, tape recorder. Media ini memberikan stimulus terhadap pandangan dan pendengaran dengan bercirikan; menyajikan visual dinamis, dirancang dan disiapkan terlebih dahulu, refresentasi fisik dan gagasan, memegang prinsip (psikologis, behavioristic dan kognitif).

1. Teknologi Komputer

 Media dihasilkan melalui sumber-sumber berbasis mikroprosesor. Perbedaan dengan media sebelumnya adalah pada teknolohgi ini materi tidak dalam bentuk digital. Bentuk media ini memiliki ciri antara lain bisa digunakan secara acak , disajikan dalam bentuk (kata, symbol, dan grafik) interaktif peserta tinggi.

1. Teknologi Gabungan

 Media dihasilkan dengan beberapa teknologi dengan dikendalikan komputer. Media ini memilikinciri-ciri antara lain dapat digunakan secara acak,dapat digunakan sesuai dengan keinginan peserta, bisa memadukan kata dan visual dari berbagai symbol.

**2.5 Konsep Fraktur**

**2.5.1 Pengertian Fraktur**

Fraktur adalah petah tulang adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan atau tulang rawan yang umumnya disebabkan oleh rudapaksa. (Sjamsuhidajat & De Jong, 2012). Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. (Smeltzer dan Bare, 2002).

**2.5.2 Etiologi**

Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gaya punter mendadak, dan bahkan kontraksi otot ekstrem. Meskipun tulang patah, jaringan sekitarnya juga terpengaruh, mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke otot dan sendi, dislokasi sendi, rupture tendo, kerusakan saraf, dan kerusakan pembuluh dasar. Organ tubuh dapat mengalami cedera akibat gaya yang disebabkan oleh fraktur atau akibat fragmen tulang. (Smeltzer & Bare, 2002)

**2.5.3 Manifestasi klinis**

Gejala klasik fraktur adalah adanya riwayat utama, rasa nyeri dan bengkak di bagian tulang yang patah, deformitas (angulasi, rotasi, diskrepansi), nyeri tekan, krepitasi, gangguan fungsi musculoskeletal akibat nyeri, putusnya kontinuitas tulang, dan gangguan neurovaskuler. Apabila gejala klasik tersebut ada, secara klinis diagnosis fraktur dapat ditegakkan walaupun jenis konfigurasi frakturnya belum dapat ditentukan (Sjamsuhidajat & De Jong, 2012).

**2.5.4 Klasifikasi Fraktur**

Menurut Smeltzer & Bare, tahun 2002, secara klinis, fraktur dibagi menurut ada-tidaknya hubungan patahan tulang dengan dunia luar, yaitu fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur terbuka memungkinkan masuknya kuman dari luar ke dalam luka. Patah tulang terbuka dibagi menjadi tiga derajat, yang ditentukan oleh berat ringannya luka dan fraktur yang terjadi. Derajat fraktur ada 3 , lihat tabel dibawah ini.

**Tabel 2.1** Klasifikasi Fraktur

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Derajat | Luka | Fraktur |
| I | Laserasi <1cm kerusakan jaringan tidak berarti | Sederhana, dislokasi fragmen minimal |
| II | Laserasi>1cm tidak ada kerusakan jaringan yang hebat atau avulsi | Dislokasi fragmen jelas |
| III | Luka lebar dan rusak hebat, atau hilangnya jaringam disekitarnyaKontaminasi hebat | Komunikatif, segmental, fragmen tulang ada yang hilang |

Menurut garis frakturnya, patah tulang dibagi menjadi fraktur komplet atau inkomplet (termasuk fisura dan *greenstick fracture*), transversa, oblik, spiral, kompresi, simple, komunikatif, segmental, kupu-kupu, dan impaksi (termasuk impresi dan inklavasi). (Sjamsuhidajat & De Jong, 2012). Fraktur komplet adalah patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasannya mengalami pergeseran (bergeser dari posisi normal). Fraktur tidak komplet, patah hanya terjadi pada sebagian dari garis tengah tulang.

Fraktur tertutup (fraktur simple) tidak menyebabkan robeknya kulit. Fraktur terbuka (fraktur komplikata/kompleks) merupakan fraktur dengan luka pada kulit atau membrane mukosa sampai ke patahan tulang. Fraktur terbuka digradasi menjadi: Grade I dengan luka bersih kurang dari 1 cm panjangnya; Grade II luka lebih luas tanpa kerusakan jaringan lunak yang ekstensif; dan Grade III, yang sangat terkontaminasi dan mengalami kerusakan jaringan lunak ekstensif, merupakan yang paling berat.

Fraktur juga digolongkan sesuai pergeseran anatomis fragmen tulang-fraktur bergeser/tidak bergeser*.* Berikut ini adalah berbagai jenis khusus fraktur:

1. Greenstick fraktur dimana salah satu sisi tulang patah sedang sisi lainnya membengkok.
2. Transversal fraktur sepanjang garis tengah tulang.
3. Oblik fraktur membentuk sudut dengan garis tengah tulang (lebih tidak stabil disbanding transversal).
4. Spiral fraktur memuntir seputar batang tulang.
5. Kominutif fraktur dengan tulang pecah menjadi beberapa fragmen.
6. Depresi fraktur dengan fragmen patahan terdorong kedalam (sering terjadi pada tulang tengkorak dan tulang wajah).
7. Kompresi fraktur dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang).
8. Patologik fraktur yang terjadi pada daerah tulang berpenyakit (kista tulang, penyakit Paget, metastasis tulang, tumor).
9. Avulsi tertariknya fragmen tulang oleh ligament atau tendo pada perlekatannya.
10. Epifiseal fraktur melalui epifisis.
11. Impaksi fraktur dimana fragmen tulang terdorong ke fragmen tulang lainnya.

**2.5.5 Tahap penyembuhan fraktur**

Proses penyembuhan patah tulang adalah proses biologis alami yang akan terjadi pada setiap patah tulang, tidak peduli apa yang telah dikerjakan dokter pada patahan tulang tersebut. Pada permulaan akan terjadi perdarahan di sekitar patahan tulang, yang disebabkan oleh terputusnya pembukuh darah pada tulang dan periost. Fase ini disebut fase hematoma. Hematom ini kemudian menjadi medium pertumbuhan sel jaringan fibrosis dan vaskuler hingga hematom berubah menjadi jaringan fibrosis dengan kapiler didalamnya. Jaringan ini yang menyebabkan fragmen tulang saling menempel. Fase ini disebut fase jaringan fibrosis, dan jaringan yang menempelkan fragmen patahan tulang tersebut dinamakan kalus fibrosa. Ke dalam hematom dan jaringan fibrosis ini kemudian juga tumbuh sel jaringan mesenkim yang bersifat osteogenik. Sel ini akan berubah menjadi kondroblast yang membentuk kondoroid yang merupakan bahan dasar tulang rawan, sedangkan di tempat yang jauh dari patahan tulang yang vaskularisasinya relative banyak, sel ini berubah menjadi osteoblast dan membentuk osteoid yang merupakan bahan dasar tulang kondoroid dan osteoid ini mula-mula tidak mengandung kalsium sehingga tidak terlihat pada foto Rontgen. Pada tahap selanjutnya terjadi penulangan atau osifikasi. Kesemuanya ini menyebabkan kalus fibrosa berubah menjadi kalus tulang. Pada foto Rontgen proses ini terlihat sebagai bayangan radio-opak, tetapi bayangan garis patah tulang masih terlihat. Fase ini disebut penyatuan klinis. Selanjutnya, terjadi penggantian sel tulang secara berangsur-angsur oleh tekanan dan tarikan yang bekerja pada tulang. Akhirnya, sel tulang ini mengatur diri secara lamellar seperti sel tulang normal. Kekuatan kalus ini sama dengan kekuatan tulang biasa dan fase ini disebut fase konsolidasi (Sjamsuhidajat & De Jong, 2012)

**2.6 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan**

Mental penderita harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada rasa cemas atau takut terhadap penyuntikan, nyeri luka anastesi bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati. Dalam hal ini hubugan antara penderita, keluarga, dan tenaga medis sangat menentukan. Kecemasan merupakan reaksi normal yang harus dihadapi dengan sikap terbuka dan membutuhkan penerangan dari dokter dan petugas medis lainnya. Pemahaman akan pembedahan dan persiapan mental yang baik akan membuat penderita dan keluarganya tenang (Sjamjuhidayat 2012).

Pada Perry Potter (2006) Penyuluhan preoperative yang diberikan secara terstruktur dapat mempersingkat masa rawat klien di rumah sakit. Rasa takut klien yang telah diinformasikan tentang pembedahan akan menurun dan klien akan mempersiapkan diri untuk lebih berpartisipasi dalam tahap pemulihan pascaoperatif sehingga hasil yang diharapkan dapat tercapai. Dengan mengurangi kecemasan dan ketakutan yang berlebih dan tidak beralasan diharapkan akan mempersiapkan keluarga dan klien secara emosional sehingga kecemasan klien dapat menurun dan klien lebih siap dalam menghadapi operasi dan mengurangi kemungkinan masalah preoperatif.

**2.6 Kerangka Konsep**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan:

1. Situasi
2. Maturasi
3. Tingkat pendidikan
4. Karakteristik stimulus
5. Karakteristik individu

Tingkat pengetahuan klien terhadap operasi

Timbul kecemasan ringan, sedang, berat dan panic, gangguan tidur

Pasien fraktur yang akan menjalani operasi

Tingkat pengetahuan klien meningkat

Pendidikan kesehatan pra bedah

Tidak melaporkan perasaan cemas, tegang, ketakutan, tidak terdapat gangguan tidur, gangguan kecerdasan

Manfaat pendidikan kesehatan:

1. Mempersingkat masa rawat klien
2. Menurunkan rasa takut tentang pembedahan
3. Mempersiapkan individu lebih berpartisipasi dalam tahap pemulihan pasca operasi.

Penurunan skor kecemasan

Keterangan :

 : diteliti

**Gambar 2.4** kerangka konseptual pengaruh pendidikan kesehatan pra bedah terhadap tingkat kecemasan pasien dalam menghadapi operasi

 Keterangan :

 : diteliti

 : tidak diteliti

 : berhubungan

 : berpengaruh

**2.7 Hipotesis Penelitian**

Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan pra bedah terhadap tingkat kecemasan pasien fraktur yang akan menjalani operasi.