### BAB II

**TINJAUAN PUSTAKA**



## Konsep Cemas

### Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah gangguan alam sadar *(effective)* yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kehawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas *(Reality Testing Ability/*RTA*),* masih baik, kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality* ), perilaku dapat terganggu tapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2006).

Kecemasan (Ansietas) adalah manifestasi dari berbagai proses emosi yang bercampur baur dan terjadi ketika mengalami tekanan perasaan (frustasi) dan pertentangan batin (Darajat, 2007).

Kecemasan ialah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2007)

## Teori Kecemasan

## Cemas merupakan gejolak emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu di luar dirinya dan meknisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan.

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

### Teori Psikoanalisis

Dalam pandangan psikoanalisis, cemas adalah konflik emosional

yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego.Id mewakili dorongan insting dan implus primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi mengetahui tuntutan dari dalam elemen tersebut, dan fungsi ansietas adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

### Teori Interpersonal

Dalam pandangan interpersonal, cemas timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Hal ini juga berhubungan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan dan perpisahan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain atau pun masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas, namun bila keberadaannya diterima oleh orang lain, maka ia akan merasa tenang dan tidak cemas. Dengan demikian cemas berkaitan dengan hubungan antara manusia.

### Teori Perilaku

Menurut pandangan perilaku, cemas merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap cemas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Peka tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebih sering menunjukan cemas pada kehidupan selanjutnya

### Teori keluarga

Kajian keluarga menunjukan bahwa gangguan cemas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga, Adanya tumpang tindih antara gangguan cemas dan gangguan depresi.

### Teori biologis

Kajian biologis menujukan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, reseptor ini mungkin memicu cemas. Penghambatan asam aminobuitrik-gamma neuroregulator (GABA) juga memungkinkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana halnya dengan endorphin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap cemas.

## Tingkat dan Karakteristik Kecemasan

Setiap tingkatan ansietas mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain. Manifestasi yang terjadi tergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi tantangan, harga diri, dan mekanisme koping yang digunakan (Stuart, 2007).

Tingkat kecemasan, yaitu:

### Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

### Cemas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengenyampingkan pada hal yang lain,sehinggaseseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

### Cemas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang.Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak berfikir tentang hal yang lain, semua perilaku ditunjukan untuk mengurangi ketegangan.

### Panik berhubungan dengan terperangah ketakutan dan eror. Rincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik terjadi aktifitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Menurut Sumiati (2009) tanda dan gejala ansietas diklasifikasikan menjadi empat bagian, yaitu:

Tabel: 2.1 Tanda dan Gejala Ansietas Ringan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Respon Fisiologis | Respon Kognitif | Respon Perilaku dan Emosi |
| * Sesekali nafas pendek * Nadi & tekanan darah meningkat * Gangguan ringan pada lambung * Muka berkerut & bibir bergetar | * Lapang persepsi meluas * Mampu menerima rangsang yang kompleks * Konsentrasi pada masalah * Menyelesaikan masalah secara efektif | * Tidak dapat duduk tenang * Tremor halus pada tangan * Suara kadang-kadang meninggi |

Tabel: 2.2 Tanda dan Gejala Ansietas Sedang

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Respon Fisiologis | Respon Kognitif | Respon Perilaku dan Emosi |
| * Sering nafas pendek * Nadi & tekanan darah meningkat * Mulut kering * Anoreksia * Diare/konstipasi | * Lapang persepsi menyempit * Tidak mampu menerima rangsang dari luar * Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya | * Gerakan tersentak/ meremas tangan * Bicara banyak & lebih cepat * Insomnia * Perasaan tidak aman * Gelisah |

Tabel: 2.3 Tanda dan Gejala Ansietas Berat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Respon Fisiologis | Respon Kognitif | Respon Perilaku dan Emosi |
| * Nafas pendek * Nadi & tekanan darah meningkat * Berkeringat & sakit kepala * Penglihatan kabur * Ketegangan | * Lapang persepsi sangat sempit * Tidak mampu menyelesaikan masalah | * Perasaan adanya ancaman meningkat * Verbalisasi cepat * Blocking |

Tabel: 2.4 Tanda dan Gejala Panik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Respon Fisiologis | Respon Kognitif | Respon Perilaku dan Emosi |
| * Nafas pendek * Nadi & tekanan darah meningkat * Aktivitas motorik meningkat * Ketegangan | * Lapang persepsi sangat sempit * Kehilangan pemikiran yang rasional * Tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/ tuntunan | * Perasaan adanya ancaman meningkat * Menurunnya berhubungan dengan orang lain * Tidak dapat mengendalikan diri |

Tingkat ansietas menurut Dalami (2009) sebagai berikut :

RENTANG RESPON ANSIETAS



RESPONS ADAPTIF RESPONS MALADAPTIF



ANTISIPASI RINGAN SEDANG BERAT PANIK

Gambar 2.1 Rentang respons ansietas.

*Sumber: Stuart dan Sundeen dalam buku Asmadi (2008).*

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain:

1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri, mudah tersinggung.
2. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
3. Takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang.
4. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
5. Gangguan konsenterasi dan daya ingat.
6. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

## Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor yang dapat menjadi pencetus seseorang merasa cemas dapat berasal dari diri sendiri (faktor internal) maupun dari luar dirinya (faktor eksternal). Pencetus ansietas menurut Asmadi (2008) dapat dikelompokan ke dalam dua kategori yaitu ( Asmadi, 2008):

### Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidak mampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktifitas sehari-hari guna pemenuhan terhadap kebutuhan dasarmya.

### Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status/peran diri, dan hubungan interpersonal.

Menurut Long yang dikutip oleh Liza pada tahun 2003, ada berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan atau kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain yaitu takut nyeri setelah pembedahan, takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal gangguan *body image*, takut keganasan bila diagnosa yang ditegakan belum pasti, takut atau cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, takut atau ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas, takut mati saat dibius atau tidak sadar lagi, takut operasi akan gagal.

Menurut Dadang Hawari (2006) mekanisme terjadinya cemas yaitu psiko-neuro-imunologi atau psiko-neuro-endokrinolog. Stresor psikologis yang menyebabkan cemas adalah perkawinan, orangtua, antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga, dan trauma. Akan tetapi tidak semua orang yang mengalami stressor psikososial akan mengalami gangguan cemas hal ini tergantung pada struktur perkembangan kepribadian diri seseorang tersebut yaitu usia, tingkat pendidikan, pengalaman, jenis kelamin, dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat.

### Teori Usia

Menurut Haryanto, 2002 umur menunjukan ukuran waktu pertumbuhan dan perkembangan seorang individu. Umur berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi dengan pengetahuan, pemahaman dan pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap. Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkannya untuk menggunakan mekanisme koping yang baik dibandingkan kelompok umur anak-anak, ditemukan sebagian besar kelompok umur anak yang mengalami insiden fraktur cenderung lebih mengalami respon cemas yang berat dibandingkan kelompok umur dewasa (Lukman, 2009)

Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa Madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut >60 tahun, umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan, (Nursalam, 2001).

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Jika dilihat dari sisi biologis, usia 18-25 tahun merupakan saat terbaik untuk hamil dan bersalin. Karena pada usia ini biasanya organ-organ tubuh sudah berfungsi dengan baik dan belum ada penyakit-penyakit degenerative seperti darah tinggi, diabetes, dan lainnya serta daya tahan tubuh masih kuat (Dini Kasdu, dkk, 2008).

Umur sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi, khususnya usia 20-25 tahun merupakan usia yang paling baik untuk hamil dan bersalin. Kehamilan dan persalinan membawa resiko kesakitan dan kematian lebih besar pada remaja dibandingkan pada perempuan yang telah berusia 20 tahunan, terutama di wilayah yang pelayanan medisnya langka atau tidak tersedia (Yayasan Pendidikan Kesehatan Perempuan, 2006).

Umur atau usia adalah satuan [waktu](http://id.wikipedia.org/wiki/Waktu) yang mengukur waktu keberadaan suatu [benda](http://id.wikipedia.org/wiki/Benda) atau [makhluk](http://id.wikipedia.org/wiki/Makhluk), baik yang [hidup](http://id.wikipedia.org/wiki/Makhluk_hidup) maupun yang [mati](http://id.wikipedia.org/wiki/Mati).

Umur lebih dari 35 tahun dianggap berbahaya, sebab baik alat reproduksi maupun fisik ibu sudah jauh berkurang dan menurun, selain itu bisa terjadi resiko bawaan pada bayinya dan juga dapat meningkatkan kesulitan pada kehamilan, persalinan, dan nifas (Arini H. 2012)

Menurut Depkes RI yang dikutip oleh Hardiwinoto, pembagian kategori

umur, yaitu :

1. Masa balita : 0 – 5 tahun,
2. Masa kanak – kanak : 5 – 11 tahun,
3. Masa remaja awal : 12 – 16 tahun,
4. Masa remaja akhir : 17 – 25 tahun,
5. Masa dewasa awal : 26 – 35 tahun,
6. Masa dewasa akhir : 36 – 45 tahun,
7. Masa lansia awal : 46 – 55 tahun,
8. Masa lansia akhir : 56 – 65 tahun,
9. Masa manula : 65 – sampai atas (Depkes RI, 2009).

### Teori Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik. Pepatah tersebut dapat diartikan bahwa pengalaman merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu suatu cara memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu, pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 1997 dalam Rahmahayani, 2010).

Robby ,2009 pengalaman masa lalu terhadap penyakit baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan koping. Keberhasilan seseorang dapat membantu individu untuk mengembangkan kekuatan *coping*, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan *coping* yang maladaptif terhadap *stressor* tertentu.

### Teori Dukungan Keluarga

#### Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2002). Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Kane dalam Friedman (1998) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Menurut Gottlieb (1998) dalam Kuncoro (2002) dukungan keluarga adalah komunikasi verbal dan non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya, dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karna diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Serason (1983) dalam Kuncoro (2002) mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.

#### Tipe Keluarga

Dukungan keluarga terhadap seseorang dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. Menurut Suprajitno (2004), pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional tipe keluarga dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1. Keluarga inti *(nuclear family)* adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
2. Keluarga besar *(extended family)* adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman dan bibi.

Tipe keluarga yang dianut oleh masyarakat di Indonesia adalah tipe keluarga tradisional. Menurut Allender & Spradley (2001) dalam Achjar (2010). Tipe keluarga tradisional dapat dikelompokkan menjadi:

1. Keluarga inti *(nuclear family)* yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak (anak kandung atau anak angkat).
2. Keluarga besar *(extended family),* yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
3. Keluarga *dyad* yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
4. *Single parent* yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat.
5. Keluarga usia lanjut yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.

Menurut Friedman (1998), individu yang yang tinggal dalam keluarga besar *(extended family)* akan mendapatkan dukungan keluarga yang lebih besar dibandingkan dengan individu yang tinggal dalam keluarga inti *(nuclear family).*

#### Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Menurut House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Sehingga individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.

1. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

1. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit dalam hal pengawasan, kebutuhan individu seperti kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Keluarga mencarikan solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata *(instrumental support material support),* suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit atau saat mengalami kecemasan yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

1. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

#### Manfaat Dukungan Keluarga

Wills dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa efek-efek penyangga (dukungan sosial melindungi individu terhadap efek negatif dari stress) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akkibat-akibat dari kesehatan) ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi secara bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi. Serason (1993) dalam Kuncoro (2002) berpendapat bahwa dukungan keluarga mencakup 2 hal yaitu jumlah sumber dukungan yang tersedia dan tingkat kepuasan akan dukungan yang diterima. Jumlah dukungan yang tersedia merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan. Tingkat kepuasan akan dukungan yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

#### Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Root & Dooley (1985) dalam Kuncoro (2002) ada 2 sumber dukungan keluarga yaitu natural dan artifisial. Dukungan keluarga yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada disekitarnya misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami, saudara) teman dekat atau relasi. Dukungan keluarga ini bersifat non formal sedang dukungan keluarga artifisial adalah dukungan yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan.

Menyediakan dukungan baik emosional maupun dalam bentuk informasi diberikan dalam bentuk siap membantu, bersedia mendengar, perhatian terhadap kebutuhan pasien dan menyediakan lingkungan yang sesuai untuk pasien membagi pengalaman perawatan mereka. Sebagai tambahan, memberikan dukungan membantu meningkatkan kepercayaan diri pasien untuk melanjutkan aktivitas perawatan. Thorsteinson (2001) menyatakan bahwa mendengarkan perasaan seseorang dan memegang tangan merupakan contoh cara memberi dukungan dan menyemangati pasien. Memastikan kondisi lingkungan yang dapat memotivasi pasien memberi keuntungan dalam meningkatkan kompetensi perawatan dan berguna untuk memfasilitiasi hubungan antara perawat dan pasien dan keluarganya. Interaksi tersebut membantu pasien untuk merespon kebutuhan perawatan mandiri dan membangun keinginan untuk mendiskusikan masalah mereka.

#### Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1. Faktor internal
2. Tahap perkembangan

Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan berbeda-beda.

1. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

1. Faktor emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara menghawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit, mungkin ia menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

1. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, menyangkut nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

1. Faktor eksternal
2. Praktik di keluarga

Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya : klien juga akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

1. Faktor sosioekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi caraseseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

1. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

#### Cara Menilai Dukungan Keluarga

Menurut Nursalam (2008), untuk mengetahui besarnya dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuisioner dukungan keluarga yang terdiri dari 25 buah pertanyaan yang mencakup empat jenis dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penilaian dan dukungan instrumental. Dari 25 buah pertanyaan, pertanyaan no 1-5 mengenai dukungan informasional, pertanyaan no 6-10 mengenai dukungan penghargaan, pertanyaan no 11-15 mengenai dukungan nyata, pertanyaan no 16-20 mengenai dukungan informasi atau pengetahuan, dan pertanyaan no 20-25 mengenai instrumental.

Masing-masing dari pertanyaan tersebut terdapat 4 alternatif jawaban yaitu “selalu”, “sering”, “kadang-kadang”, dan “tidak pernah”. Jika menjawab “selalu” akan mendapat skor 3, menjawab “sering” mendapat skor 2, menjawab “kadang-kadang” mendapat skor 1, dan menjawab “tidak pernah” mendapat skor0. Total skor pada kuisioner ini adalah 0-36. Jawaban dari responden dilakukan dengan scoring.

### Teori Jenis Kelamin

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, (Myers, 1983 dalam Siska dkk 2003) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan.

Sunaryo, 2004 menulis dalam bukunya bahwa pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih mempunyai tingkat pengetahuan dan wawasan lebih luas dibanding perempuan, karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar sedangkan sebagian besar perempuan hanya tinggal dirumah dan menjalani aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga, sehingga tingkat pengetahuan atau transfer informasi yang didapatkan terbatas tentang pencegahan penyakit.

### Teori Pendidikan

Hasil Riset yang dilakukan Stuarth and Sundden (1999) menunjukan responden yang berpendidikan tinggi lebih mampu menggunakan pemahaman mereka dalam merespon kejadian fraktur secara adaptif dibandingkan kelompok responden yang berpendidikan rendah (Lukman, 2009). Kondisi ini menunjukan respon cemas berat cenderung dapat kita temukan pada responden yang berpendidikan rendah karena rendahnya pemahaman mereka terhadap kejadian fraktur sehingga membentuk persepsi yang menakutkan bagi mereka dalam merespon kejadian fraktur.

Pengertian Pendidikan dalam UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pasal 1.Menjelaskan bahwa Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Menurut Tirtoharjo (2009), Pendidikan dapat dibagi dua jenis yaitu :

#### Pendidikan Formal

Pendidikan yang mempunyai jenjang atau tingkatan dalam periode waktu-waktu tertentu berlangsung dari sekolah dasar sampai universitas dan tercakup disamping studi akademi umumnya juga berbagai program khusus dan lembaga-lembaga latihan.

#### Pendidikan Informal

Proses yang yang terjadi  seumur hidup setiap individu sehingga memperoleh sikap nilai keterampilan dan pengetahuan dari pengalaman sehari-hari dan pengaruh lingkungan.

#### Jenjang Pendidikan

Jenjang Pendidikan adalah suatu tahap dalam pendidikan berkelanjutan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, serta keluasan dan kedalaman bahan (UU Pendidikan Nasional No 20 tahun 2003), jenjang pendidikan dibagi dalam tiga bagian yaitu :

1. Pendidikan Dasar

Warga Negara yang berumur 6-7 tahun berkewajiban mengikuti pendidikan dasar dari SD (Sekolah Dasar) sampai SLTP (Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama) atau pendidikan yang setara sampai tamat.

1. Pendidikan Menengah

Pendidikan menengah yang lamanya tiga tahun sesudah pendidikan dasar diselenggarakan di SLTA (Sekolah Lanjutan Tingkat Atas) atau satuan pendidikan yang sederajat.

1. Pendidikan Tinggi

Satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi disebut perguruan tinggi yang dapat berbentuk Akademik, Politeknik, dan Perguruan Tinggi.

Peran pendidikan dalam bidang kesehatan adalah salah satu upaya untuk membuat prilaku masyarakat itu kondusif untuk kesehatan yang artinya pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari dan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka dan kemana harus mencari pertolongan bila sakit (Tirtoharjo, 2009).

Sedangkan makin tingginya tingkat pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pengetahuan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap perubahan hidup sehat.

## Alat Ukur Tingkat Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali dengan menggunakan alat ukur yang digunakan *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS -A)

Skala HARS menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
2. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll.
4. Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari
7. Gejala somatik : nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot.
8. Gejala sensori : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah
9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap
10. Gejala pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek
11. Gejala gastrointestnal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut.
12. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Prilaku sewaktu wawancara : gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

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 ada

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

0 = 14 Tidak ada kecemasan  
1 = 15 – 20 Kecemasan ringan  
2 = 21 – 27 Kecemasan sedang  
3 = 28 – 41 Kecemasan berat  
4 = 42 – 56 Kecemasan berat sekali (panik)

## Mekanisme Koping kecemasan

Setiap ada stressor penyebab individu mengalami kecemasan, maka secara otomatis muncul upaya untuk mengatasi dengan berbagai mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping akan efektif bila didukung dengan kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme yang digunakan dapat mengatasi kecemasannya. Kecemasan harus segera ditangani untuk mencapai homeostatis pada diri individu, baik secara fisiologis maupun psikologis

Menurut Asmadi (2008) mekanisme koping terhadap kecemasan dibagi menjadi dua kategori:

### Strategi pemecahan masalah (*problem solving strategic*)

### Strategi pemecahan masalah ini bertujuan untuk megatasi atau menanggulangi masalah/ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realistis. Secara ringkas pemecahan masalah ini menggunakan metode *Source, Trial and Error, Others Play and Patient* (STOP).

### Mekanisme pertahanan diri (*defence mekanism*)

Mekanisme pertahanan diri ini merupakan mekanisme penyesuaian ego yaitu usaha untuk melindungi diri dari perasaan tidak adekuat. Beberapa ciri mekanisme pertahanan diri antara lain:

1. **Bersifat hanya sementara karena berfungsi hanya melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak menyenangkan dan secara tidak langsung mengatasi masalah.**
2. **Mekanisme pertahanan diri terjadi di luar kesadaran, individu tidak menyadari bahwa mekanisme pertahanan diri tersebut sedang terjadi.**
3. **Sering sekali tidak berorientasi pada kenyataan.**

Mekanisme pertahanan diri menurut Stuart (2007) yang sering digunakan untuk mengatasi kecemasan, antara lain:

1. Rasionalisasi : suatu usaha untuk menghindari konflik jiwa dengan memberi alasan yangrasional.
2. Displacement : pemindahan tingkah laku kepada tingkah laku yang bentuknya atau obyeknyalain.
3. Identifikasi : cara yang digunakan individu untuk menghadapi orang lain dan membuatnya menjadi bagian kepribadiannya, ia ingin serupa orang lain dan bersifat seperti orangitu.
4. Over kompensasi / reaction fermation : tingkah laku yang gagal mencapai tujuan, dan tidak mengakui tujuan pertamatersebutdengan melupakan dan melebih-lebihkan tujuan kedua yang biasanya berlawanan dengan tujuan yang pertama.
5. Introspeksi : memasukan dalam pribadi sifat-sifat dari pribadi oranglain.
6. Represi : konflik pikiran, impul-impuls yang tidak dapat diterima dengan paksaan, ditekan ke dalam alam tidak sadar dan sengaja dilupakan.
7. Supresi : menekan konflik, impul-impuls yang tidak dapat diterima dengan secara sadar. Individu tidak mau memikirkan hal-hal yang kurang menyenangkandirinya.
8. Denial : mekanisme perilaku penolakan terhadap sesuatu yang tidak meyenangkandirinya.
9. Fantasi : apabila seseorang, menghadapi konflik-frustasi, ia menarik diri dengan berkhayal atau fantasi danmelamun.
10. Negativisme : perilaku seseorang yang selalu bertentangan atau menentang otoritas orang lain dengan tingkah laku tidakterpuji.
11. Regresi : kemunduran karakterstik perilaku dari tahap perkembangan yang lebih awal akibatstress
12. Sublimasi : penerimaan tujuan pengganti yang diterima secara sosial karena dorongan yang merupakan saluran normal ekspresi terhambat.
13. Undoing : tindakan atau komunikasi yang sebagian meniadakan yang sudah ada sebelumnya, merupakan mekanisme pertahanan primitif.

## Sectio Caesarea

### Sejarah *Sectio Caesarea*

*Sectio Caesarea* sudah menjadi bagian dari kebudayaan manusia sejak jaman kuno.Dan banyak cerita dari barat dan non-barat yang mengisahkan tentang *Sectio Caesarea* dengan ibu dan bayinya yang selamat. Berdasarkan mitologi dari yunani, Apollo telah mengeluarkan Asclepius ( pendiri dari cara pengobatan religious yang terkenal ) dari perut ibunya.

Beberapa referensi tentang *Sectio Caesarea* telah ada pada kebudayaan kuno Hindu, Mesir, Yunani, Roma dan beberapa cerita rakyat dari eropa. kebudayaan cina kuno telah menggoreskan gambar prosedur dari *Sectio Caesarea* dengan ibu yang dapat melahirkan dengan selamat.

Namun sejarah *Sectio Caesarea* yang bersumber dari mitologi masih mempunyai akurasi yang meragukan. Kata “Caesar” masih terdistorsikan sepanjang waktu. Pada umumnya kata itu dipercaya sebagai kelahiran Julius Caesar, tetapi hal itu tampaknya tidak benar, di karenakan ibunya, Aurelia tertulis masih hidup sampai anaknya menginvasi Britain dan saat itu prosedur kelahiran secara bedah hanya di lakukan ketika ibu telah meninggal atau sekarat untuk menyelamatkan bayi dan memperbanyak jumlah populasi penduduk. Hukum romawi pada masa Caesar mewajibkan ibu hamil yang telah meninggal atau sekarat untuk di lakukan operasi untuk mengeluarkan bayinya,karena itulah di namakan “Caesar”. Salah satu yang mungkin adalah adanya kosa kata dari bahasa latin “caedare”,yang berarti memotong, dan juga “caesones”, yang berarti mengeluarkan bayi dari ibu yang telah meninggal.

Akhirnya meskipun tidak dapat di pastikan dari mana kata “Caesar” di dapat, sampai abad 16 dan 17 prosedur ini di kenal dengan nama operasi sesar. Ketika pada tahun 1598, dari buku kebidanan yang di tulis oleh Jacques Guilimeau telah di kenal kosa kata “seksio” yang pada akhirnya menggantikan kata “operasi”. Pernyataan otoritatif oleh para ahli obsetri kenamaan mengenai operasi ini belum muncul dalam literatur sampai pertengahan abad ke -17, saat di terbitkannya karya klasik oleh ahli obsetri prancis, Francois Mauriceau, pada tahun 1668. Pernyataan pernyataan ini memperlihatkan tanpa ragu ragu bahwa operasi ini di lakukan pada kasus kasus yang jarang dan payah,serta biasanya fatal. Rincian mengenai sejarah *Sectio Caesarea* dapat di jumpai teks klasik dari fasbender.(Imam rasidi, 2009).

### Defenisi *Sectio Caesarea*

Menurut ( Pillitteri, 2003 dalam merlin, 2012 ) *Sectio Caesarea* adalah kelahiran bayi melalui insisi abdomen ke uterus. Berdasarkan tiga pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Sectio Caesarea* adalah kelahiran janin melalalui insisi atau irisan pada abdomen dan juga uterus.

*Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2010).

*Sectio Caesarea* adalah pengeluaran janin melalui insisi abdomen. Teknik ini digunakan jika kondisi ibu menimbulkan distres pada janin atau jika telah terjadi distres janin. Sebagian kelainan yang sering memicu tindakan ini adalah malposisi janin, plasennta previa, diabetes ibu, dan disproporsi safalopelvis janin-ibu. *Sectio Caesarea* dapat merupakan prosedur elektif atau darurat. Digunakan instrumen laparatomi dasar dan instrumen obstetri lain (Gruendemann, 2006).

*Sectio Caesarea* adalah kelahiran janin melalui insisi transabdomen pada uterus. *Sectio Caesarea* dilakukan apabila persalinan normal sudah tidak dapat dilakukan. Dokumen National Center for Health Statistics tahun 1992 mencatat bahwa terdapat 14 faktor medis dilakukannya *Sectio Caesarea*, sebagian besar terkait dengan masalah kesehatan ibu, di samping 15 komplikasi tambahan yang terjadi saat persalinan dan kelahiran.

*Sectio Caesarea* merupakan metode persalinan alternative ketika persalinan pervaginam sudah tidak dapat dilakukan. Dahulu mengangap sekali *Sectio Caesarea* pasti akan selalu *Sectio Caesarea* padahal, seorang ibu yang baru pertama kali melakukan *Sectio Caesarea* dapat melakukan persalinan pervaginam atau lebih dikenal dengan Vaginal Birth After Cesarean (VBAC).

### Tujuan Indikasi *Sectio Caesarea*

Menurut ( David, 2007 ) dalam buku manual persalinan indikasi *Sectio Caesarea* di lakukan untuk :

1. Mengatasi disproporsi sefalo-pelvik dan aktifitas uterus yang abnormal.
2. Mempercepat pelahiran untuk keselamatan ibu atau janin.
3. Mengurangi trauma janin ( misalnya presentasi bokong premature kecil ) dan infeksi janin ( misalnya resiko tertular infeksi herpetic atau HIV ).
4. Mengurangi resiko pada ibu ( misalnya gangguan jantung tertentu, lesi intracranial atau keganasan pada serviks)
5. Memungkinkan ibu untuk menjalankan pilihan sesuai keinginan.

### Klasifikasi

Klasifikasi bedah *Sectio Caesarea* menurut urgensinya menurut Baston Helen 2011, hal: 156 :

1. Darurat

Ancaman segera terhadap nyawa ibu atau janin yang di kandungnya.

1. Mendesak

Gawat ibu atau janin, tetapi bukan merupakan ancaman segera terhadap nyawa mereka.

1. Elektif

Di lakukan pada waktu yang sesuai baik bagi ibu maupun tim bedah sesarnya.

Namun secara umum *Sectio Caesarea* dibagi menjdi dua jenis yaitu, *Sectio Caesarea* elektif dan darurat.*Sectio Caesarea* elektif adalah suatu keadaan dimana *Sectio Caesarea* yang dilakukan sudah dibuat pada saat kehamilan dan sebelum melakukan persalinan. *Sectio Caesarea* elektif disebut juga *Sectio Caesarea* terjadwal. *Sectio Caesarea* elektif dilakukan bukan tanpa indikasi medis. *Sectio Caesarea* elektif justru harus dengan indikasi medis. Indikasi medis dilakukannya *Sectio Caesarea* elektif adalah disproporsi sepalopelvik, plasenta previa, malpresentasi janin, herpes genitalia aktif, dan mengurangi penularan HIV dari ibu ke janin. *Sectio Caesarea* darurat merupakan *Sectio Caesarea* yang dilakukan apabila ada masalah pada saat proses persalinan normal. Indikasi *Sectio Caesarea* darurat adalah abrupsio plasenta, terdiagnosis disproprosi sepalopelvik pada saat persalinan, gagal untuk berprogres pada saat tahap pertama maupun kedua persalinan, dan gawat janin (Merlin, 2012).

### Penggunaaan Anastesi pada *Sectio Caesarea*

Analgesia yang di gunakan pada klien *Sectio Caesarea* adalah morfin dan analgetik lain dalam bentuk supositoria.

Adapun anastesi yang di gunakan adalah :

1. Epidural blok, seperti : bubivacaine (Marcaine, sensorcaine) dan lidocaine (xilocaine).
2. Spinal blok, seperti : procaine hydrochloride (Novocain) dan teracaine (pontocaine).
3. General, seperti : nitrous oxide halothane / fluothane, eflurane/ethrane dan isoflurane/florane. (Tetti Solehati, 2015)

### Jenis Insisi

* + 1. Insisi Abdominal

Pada dasarnya insisi ini adalah insisi garis tengah subumbilikalis dan insisi abdominal bawah transversa.Insisi garis tengah umbilical insisi ini mudah dan cepat. Akses mudah dengan pendarahan minimal.Berguna jika akses segmen bawah sulit,contohnya jika kifosklerosis berat atau fibroid segmen bawah anterior. Walaupun bekas luka tidak terlihat,terdapat banyak ketidak nyamanan pasca operasi dan luka jahitan cenderung muncul di bandingkan dengan insisi transversa. Jika perluasan ke atas menuju abdomen memungkinkan, insisi pramedian kanan dapat di lakukan.

* + 1. Insisi Transversa (fannenstiel)

Insisi transversa merupakan insisi pilihan saat ini.Secara kosmetik memuaskan, lebih sedikit menimbulkan luka jahitan dan lebih sedikit ketidaknyamanan, memungkinkan mobilitas pasca operasi yang lebih baik. Insisi secara teknis lebih sulit khususnya pada operasi berulang. Insisi ini lebih vascular dan memberikan akses yang lebih sedikit.( David, 2007 )

### Faktor Resiko dan Indikasi Persalinan ( Baston Helen, 2011)

Selain pengumpulan data klinis, juga di lakukan survey terhadap para ibu dan ahli obsetrik mengenai pandangan mereka tentang pelahiran bayi, termasuk prioritas mereka untuk asuhan kehamilan. Di simpulkan bahwa indikasi primer utama pelahiran sesar,sebagaimana yang di laporkan para klinisi adalah : Dugaan gawat janin (22%), ketidakmajuan persalinan (20%), dan riwayat bedah sesar (14 %).Angka pelahiran sesar adalah 88% untuk presentasi bokong dan 59% untuk kehamilan.

1. Usia

National sentinel caesarian birth audit juga menemukan bahwa ibu cenderung menjalani pelahiran sesar seiring dengan bertambahnya usia ibu : hanya 7 % ibu berusia di bawah 20 tahun yang menjalani bedah sesar di bandingkan dengan 17% ibu yang berusia di atas 35 tahun.( Weaver dkk, 2000 dalam Helen Baston, 2011) berargumentasi tentang persepsi bahwa ibu yang lebih tua cenderung mengalami komplikasi selama persalinannya sehingga dapat meningkatkan kehendak baik pada ibu maupun ahlin obsetriknya untuk melakukan bedah sesar.

1. Etnisitas

Telah di laporkan bahwa wanita kulit hitam (Afrika dan karibia ) memiliki angka kejadian bedah sesar darurat yang lebih tinggi bila di bandingkan dengan wanita kulit putih.Temuan dari National Sentinal Saesarian Birth Audit menyimpulkan bahwa proporsi pelahiran sesar lebih tinggi apabila ibu adalah wanita kulit hitam afrika (31%) atau karibia (24%)di bandingkan dengan warna kulit putih.

1. Primigravida

Paritas juga merupakan factor yang bermakna dalam kejadian pelahiran sesar. Hasil Nasional Senitel Caesarian Birth Audit menunjukkkan bahwa angka bedah sesar primer di inggris adalah 24 % untuk primigravida dan 10 % untuk multipara.

1. Status sosio-ekonomi

Status social juga merupakan predictor pelahiran sesar. Dengan menggunakan indeks kemiskinan multiple ( index of multiple deprivation) 2000, menemukan bahwa ibu yang tinggal di wilayah-wilayah yang paling miskin di inggris memiliki odds ratio bedah sesar elektif yang menurun secara bermakna (0.86) bila di bandingkan dengan ibu yang lebih mampu.

### Indikasi *Sectio Caesarea* menurut ( Thomas Rabe, 2002 ):

1. Indikasi ibu
2. Disproporsi komplit : kepala tidak dapat mencakup di dalam panggul, karena janin terlalu besar atau panggul selalu sempit.
3. Penyakit ibu : distosia servikal, gangguan retraksi
4. Distosia jaringan lunak : hiperaktivitas dan tidak terkoordinasinya kontraksi Rahim, rupture uterus
5. Obstruksi mekanis : disproporsi panggul
6. Gangguan ekstragenital : Janin terlalu besar, daya tahan ibu menurun
7. Indikasi janin
8. Asfiksia intra-uterin : tali pusat terpuntir atau terjadi insifisiensi plasenta
9. Presentasi bokong : ketika persalinan pervaginam di kontraindikasikan : anak terlalu besar > 3500 g, panggul sempit, prolapse tali pusat, plasenta previa, prematuritas (28-34 minggu), serviks tidak membuka, ketuban pecah dini.
10. Indikasi lainnya :
11. Perdarahan hebat : plasenta previa,solusio plasenta,ruptus uterus.
12. Demam intrapartum : sindrom infeksi amnion
13. Persalinan memanjang : durasi melebihi 12 jam pada primigravida,8 jam pada multigravida.
14. Eklamsi (PET) : Kegagalan persalinan per vaginam dangan infus oksitosin.

### Indikasi Medis *Sectio Caesarea*

1. Persalinan abnormal

Persalinan abnormal atau disebut juga distosia persalinan adalah persalinan yang timbul akibat berbagai kondisi yang berhubungan dengan faktor-faktor persalinan. Faktor-faktor persalinan tersebut adalah

1. Persalinan disfungsional, akibat kontraksi uterus yang tidak efektif atau akibat upaya mengedan ibu (*powers*).
2. Perubahan struktur pelvis (*passage*).
3. Sebab-sebab pada janin, meliputi kelainan presentasi atau kelainan posisi, bayi besar, dan jumlah bayi (*passengers*) .
4. posisi ibu,dan respon psikologis ibu terhadap persalinan yang berhubungan dengan pengalaman, persiapan budaya dan warisannya, serta sistem pendukung.
5. Disfungsi Uterus

Disfungsi uterus didefinisikan sebagai ketidakefisienan atau tidak terkoordinasinya kontraksi uterus, ketidakmampuan untuk dilatasi serviks, dan juga melahirkan yang lama. Disfungsi uterus ditandai oleh kontraksi intensitas rendah dan jarang serta lambatnya kemajuan persalinan.Disfungsi uterus sering terjadi pada disproporsi sepalopelvik (Leveno, 2009 dalam Tetti Solehati, 2015)

1. *Sectio Caesarea* Sebelumnya

Ibu yang pernah mengalami *Sectio Caesarea* sebelumnya memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami ruptur uterin. Untuk memimalkan risiko ruptur uterin, ibu dianjurkan untuk dilakukan *Sectio Caesarea*. Sebanyak 37,4% ibu dilakukan *Sectio Caesarea* karena pernah dilakukan *Sectio Caesarea* sebelumnya.

Menurut (Hannah, 2004 dalam Tetti solehati, 2015) ibu yang baru pertama kali dilakukan *Sectio Caesarea* dapat melahirkan dengan cara pervaginam atau lebih dikenal sebagai *Vaginal Birth After Cesarean* (VBAC). Delapan puluh tujuh koma satu persen dari 357 wanita yang baru pertama kali dilakukan *Sectio Caesarea* terbukti dapat melahirkan dengan cara pervaginam. Terbukti hanya satu wanita (0,3% dari total sampel penelitian) yang mengalami rupture uterin dan tiga wanita (1,0% dari total sampel penelitian) yang mengalami *uterine dehiscene*.

Rekomendasi terkahir mengenai VBAC oleh *American College of Obstetricians and* Gynecologist untuk persalinan kandidat persalinan pervaginam setelah *Sectio Caesarea*adalah riwayatsatu atau dua kali *Sectio Caesarea* transversal rendah, panggulsecara klinis lapang, tidak ada jaringan parut uterus lain atauriwayat ruptur, tersedia dokter selama persalinan aktif yang mampu memantau persalinan dan dilakukan *Sectio Caesarea* darurat, dan ketersediaan anestesi dan petugasnya untuk *Sectio Caesarea* darurat (Leveno, 2009 dalam Tetti Solehati, 2015).

1. Komplikasi Persalinan dan Maternal

Komplikasi persalinan merupakan komplikasi yang terjadi selama persalinan. *Pregnancy Induced Hypertension (*PIH) merupakan salah satu contoh dari komplikasi persalinan.PIH ditandai ditandai dengan hipertensi, edema, dan proteinuria yang mungkin memerlukan kelahiran bayi dengan cepat sebelum waktunya.

Komplikasi maternal adalah komplikasi persalinan yang berasal dari ibu. komplikasi maternal termasuk penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, inkompatibilitas *rhesus*, anomaly uterin, atau kelahiran *Sectio Caesarea* sebelumnya. Semua komplikasi maternal ini membutuhkan penanganan *Sectio Caesarea* (May & Mahlmesiter, 1999 dalam Tetti Solehati, 2015).

1. Virus Herpes yang Menginfeksi Saluran Genital

Herpes genital merupakan salah satu penyakit kelamin yang disebabkan oleh Herpes Simplex Virus (HSV). HSV menginfeksi melalui kontak langsung kulit atau membrane mukus dengan lesi yang aktif. Lesi herpes yang terdapat pada jalan lahir secara aktif dapat menulari bayi pada saat proses melahirkan pervaginam. Penyebaran virus herpes dari ibu ke janin terjadi pada saat melahirkan, ketika janin kontak dengan agen infeksius yang terdapat pada genital ibu (Murray & McKinney, 2007 dalam Tetti Solehati, 2015). Oleh sebab itu, agar bayi tidak terinfeksi virus herpes genitalia harus dilakukan *Sectio Caesarea.*

1. Faktor Usia Ibu lebih dari 35 tahun

Usia produksi yang ideal bagi seorang ibu adalah usia antara 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Dari segi psikologis wanita usia kurang dari 20 tahun perkembangan kejiwaannya masih belum matanguntuk menjadi seorang ibu. Dari segi fisik, pada usia muda organ-organ reproduksi seorang wanita belum sempurna sehingga dapat berakibat terjadinya komplikasi obsetri (Tetti Solehati, 2015).

1. Tumor Jalan Lahir Yang Menimbulkan Obstruksi

Tumor (neoplasma) pada jalan lahir terbagi menjadi neoplasma yang berada di vagina, serviks uteri, uterus dan ovarium yang dapat dijelaskan berikut ini:

1. Tumordi Vagina

Tumor di vagina dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam. Adanya tumor vagina bisa pula menyebabkan persalinan pervaginam dianggap mengandung terlampau banyak resiko. Tergantung jenis dan besar tumor, perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung pervaginam atau harus diselesaikan dengan *Sectio Caesarea*.

1. Tumor di Serviks Uteri

*Sectio Caesarea* adalah terapi pilihan atas indikasi dari kanker serviks,biasanya didiagnosa setelah kehamilan 28 minggu.

1. Tumor di Uterus

Distosia karena mioma uteri dapat terjadi apabila letak mioma uteri menghalangi lahirnya janin pervaginam, apabila mioma uteri dapat menyebabkan kelainan letak janin, dan apabila mioma uteri dapat menyebabkan terjadinya inersia uteri dalam persalinan.Penanganan dari mioma uteri yang mengganggu lahirnya janin pervaginam adalah dengan tindakan *Sectio Caesarea*.

1. Tumor di Ovarium

Tumor ovarium dapat mengganggu jalan lahir jika terletak di kavum douglas, boleh dicoba dengan hati-hati apakah tumor dapat diangkat ke atas rongga pamggul, sehingga tidak menghalangi persalinan.Apabila percobaan itu tidak berhasil, atau persalinan sudah maju sehingga percobaan reposisi lebih sukar dan lebih berbahaya, sebaiknya dilakukan *Sectio Caesarea* diikuti dengan pengangkatan tumor (Wiknjosastro, 2006 dalam Maryunani, 2014).

1. Pre-Eklampsia dan Eklamsia

Pre-eklampsia adalah penyakit dengan tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan.Penyakit ini umumnya terjadi dalam triwulan ke-3 kehamilan.Preeklamsia dibagi dalam golongan ringan dan berat. Penyakit digolongkan berat bila satu atau lebih tanda dan gejala yang ditemukan adalah tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik 110 mmHg atau lebih; proteinuria 5 gram atau lebih dalam 24 jam; 3 atau 4+ pada pemeriksaan kualitatif; oliguria, air kencing 400 ml atau kurang dalam 24 jam; keluhan serebral, gangguan penglihatan atau nyeri didaerah epigastrium, edema paru dan sianosis.

Eklamsia adalah memburuknya keadaan preeklampsia dan terjadinya gejala-gejala nyeri kepala di daerah frontal, gangguan penglihatan, mual, nyeri di epigastrium dan hiperefleksia. Bila keadaan ini tidak dikenal dan tidak segera diobati, akan timbul kekejangan. (Wiknjosastro, 2006 dalam Maryunani, 2014).

1. Faktor Risiko Tinggi Obstetrik Lainnya

Berdasarkan **(** May& Mahlmesiter, 1999 dalam Tetti Solehati, 2015) faktor risiko tinggi obstetrik yang secara pasti sebagai kontraindikasi untuk persalinan pervaginam dan sebagai signal yang dibutuhkan untuk persalinan *Sectio Caesarea*. Faktor-faktornya adalah plasenta previa, abrupsio plasenta, perdarahan, prolaps tali pusat.Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berada di atas atau sangat dekat dengan osinternus (Leveno, 2009).Abrupsio plasenta adalah kondisi sebagian atau seluruh plasenta tanggal dari tempat implantasinya (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004 dalam Tetti Solehati, 2015).

### Indikasi Non Medis *Sectio Caesarea*

Faktor nonmedis adalah hal-hal yang berkaitan dengan tindakan bukan medis dilakukannya *Sectio Caesarea*.Beberapa faktor non medis seorang ibu dilakukan *Sectio Caesarea*antara lain ibu takut pada persalinan pervaginam, dan karena mitos-mitos yang berkembang di masyarakat seputar persalinan pervaginam. Sekarang operasi *caesarea* ini mulai menjadi tren dikalangan masyarakat dengan ekonomi menengah keatas. Mereka yang seharusnya bisa melakukan persalinan melalui vagina, memilih operasi cesar dengan beberapa alasan seperti (1) agar tidak mengalami sakit (2) bisa menetukan tanggal lahir anak (3) menjaga kerapatan vaginanya.(Jurnal Perempuan.org).

Faktor non medis ibu dilakukan *Sectio Caesarea* antara lain, ibu takut dengan persalinan normal, dan juga karena mitos-mitos yang berkembang di masyarakat seputar kelahiran normal. Mitos-mitos yang berkembang di masyarakat antara lain persalinan normal akan merusak vagina sehingga ibu melahirkan secara *Sectio Caesarea* karena ingin menjaga agar vaginanya tetap baik, dan bayi yang dilahirkan melalui *Sectio Caesarea* dipercaya menjadi lebih pintar karena kepalanya tidak terjepit jalan lahir. Usia ibu, peningkatan penggunaan alat pantau janin secara elektronik, dan juga penggunaan anastesi juga merupakan faktor lain yang mempengaruhi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* (Kaufmann, 2006 dalam Merlin : 2012).

1. Pengetahuan

Pengetahuan ibu hamil sangat penting untuk dapat menentukan proses persalinan yang tepat,karena semakin baik pengetahuan ibu tentang risiko persalinan semakin besar pula sikap ibu untuk memilih proses persalinan normal yang risikonya lebih rendah dari pada persalinan *Sectio Caesarea* (Nunung, 2009 dalam Prasetyo, 2010).

1. Takut Persalinan Pervaginam

Pengalaman buruk yang di alami orang lain saaat persalinan pervaginam pun dapat menjadi pencetus bagi seorang ibu untuk melakukan persalinan dengan *Sectio Caesarea*. Pengalaman buruk tersebut menyebabkan seorang ibu ketakutan karena membayangkan persalianan yang buruk saat persalinan pervaginam berlangsung. (Tetti Solehati, 2015).

1. Pengalaman buruk melahirkan pervaginam sebelumnya

Pengalaman buruk yang di alami ibu pada persalinan sebelumnya, seperti adanya nyeri serta kecemasan yang sangat, dan menimbulkan trauma bagi seorang ibu untuk menjalani persalinan pervaginam untuk persalinan berikutnya.Bahkan, tidak jarang ada seorang ibu yang tidak mau melahirkan lagi karena trauma yang di alaminya selama proses persalinan pervaginam. (Tetti Solehati, 2015).

1. Adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang telah di tentukan

Indikasi ini bukan merupakan indikasi medis, melainkan indikasi elektif akibat keinginan pribadi seorang ibu atau keluarganya yang memilih persalinan *Sectio Caesarea*. Adanya keinginan untuk melahirkan pada hari yang di anggap sakral / baik bagi ibu dan pasangannya merupakan tren di kalangan ibu pada jaman sekarang untuk di lakukannya *Sectio Caesarea*. Selain itu, keadaan seorang suami yang ingin segera melihat bayinya sebelum suaminya pergi bertugas jauh dalam jangka waktu yang lama juga merupakan alasan di lakukannya seksio sesaria walaupun tidak ada indikasi medis. (Tetti Solehati, 2015). Persalinan *Sectio Caesarea* kadang dilakukan untuk alasan yang tradisional, misalnya untuk mendapatkan hari kelahiran anak yang terbaik menurut kepercayaan (Kasdu, 2003 dalam Prasetyo, 2010)

1. Pekerjaan

Umumnya kecenderungan memilih persalinan *Sectio Caesarea* karena para ibu khususnya dikota-kota besar banyak yang bekerja. Mereka sangat terikat dengan waktu dan sudah memiliki jadwal tertentu kapan mereka harus kembali bekerja mereka juga mendapat cuti hamil dan melahirkan. (Kasdu, 2003 Prasetyo, 2010).

1. Faktor Ekonomi

Dalam menghadapi persalinan dengan *sectio caesarea* penting dilakukan perencanaan ekonomi karena biaya yang harus dikeluarkan tidak kecil. Persalinan dengan operasi akan menghabiskan biaya 3-5 kali lebih besar daripada persalinan normal. Oleh karena itu kemampuan keuangan menjadi salah satu pertimbangan dalam mengambil keputusan melahirkan dengan bedah Caesar (Kasdu, 2003 Prasetyo, 2010).

Sejalan dengan penelitian yang di lakukan wiklund dan ingela (2007), Bahwa para wanita yang meminta persalinan secara *Sectio Caesarea* padahal tidak adanya indikasi medis/obsetrik memiliki aspek yang berbeda di bandingkan dengan mereka yang melahirkan secara pervaginam. Umumnya mereka yang meminta persalinan secara *Sectio Caesarea* tersebut hanya mempertimbangkan rencana keluarga masa depan, faktor psikologis dan resikonya. Dalam hal ini, seorang ibu tidak mempertimbangkan adanya alasan medis untuk di lakukan tindakan *Sectio Caesarea*.(wiklund & ingela, 2007 dalam tetti solehati, 2015).

### Kontra Indikasi *Sectio Caesarea*

*Sectio Caesarea* tidak boleh dilakukan pada kasus-kasus seperti anak sudah mati dalam kandungan (denyut jantung anak sudah tidak ada, ibu tidak merasakan pergerakan anak, pencitraan USG dan dopler tidak ada tanda-tanda kehidupan, jika anak terlalu kecil utuk mampu hidup di luar rahim, jika anak di kandungan ibu terbukti cacat, misal hidrocepalus atau anensafalus, terjadi infeksi dalam kehamilan).(MacDonald & Gant, 2011 Merlin, 2012).

### Komplikasi

Persalinan yang di lakukan melalui tindakan *Sectio Caesarea* memiliki komplikasi pada klien/ibu. Pada penelitian yang di lakukan oleh Bergholt, Stenderup,Vedsted, Helm dan Lendstrup (2003) menunjukkan, bahwa rata rata komplikasi intra operasi *caesarea* adalah 21,1 %.

Menurut ( Lowdermilk dkk, 2000 dalam Dewi A, 2012 ), masalah yang biasanya muncul setelah di lakukannya operasi antara lain : terjadinya aspirasi (25-50 %), emboli pulmonary, perdarahan, infeksi pada luka, gangguan rasa nyaman nyeri, infeksi uterus, infeksi pada traktus urinarus, cedera pada kandung kemih, tromboflebitis, infark dada, pireksia.

Menurut Dewi Aundriani dikutip dari Dini Kasdu (2005) di bawah ini adalah resiko-resiko yang mungkin dialami oleh wanita yang melahirkan dengan operasi yang dapat mengakibatkan cedera pada ibu maupun bayi, hanya perlu di ingat resiko ini bersifat individual yaitu tidak terjadi pada semua orang:

1. Alergi

Resiko ini biasanya terjadi pada pasien yang mempunyai alergi terhadap obat tertentu. Perlu diketahui penggunaan obat-obatan pada pasien dengan *Sectio Caesarea* lebih banyak dibandingkan dengan cara melahirkan alami. Jenisobat-obatannya pun beragam mulai dari antibiotic, obat untuk pembiusan penghilang rasa sakit, serta beberapa cairan infus. Oleh karena itu biasanya sebelum operasi ditanyakan kepada pasien apakah mempunyai alergi pada obat-obat tertentu.

1. Perdarahan

Perdarahan dapat mengakibatkan terbentuknya bekuan-bekuan darah pada pembuluh darah balik kaki dan rongga panggul.Oleh karena itu sebelum operasi seorang wanita harus melakukan pemeriksaan darah lengkap salah satunya untuk mengetahui masalah pebekuan darah. Kehilangan darah yang cukup banyak dapat menyebabkan syok secara mendadak, kalau perdarahan tidak dapat diatasi kadang perlu tindakan histerektomi terutama pada kasusatonia uteri yang berlanjut.

1. Cedera pada organ lain

Jika tidak dilakukan dengan hati-hati kemungkinan pembedahan dapat mengakibatkan terlukanya organ lain seperti rectum atau kandung kemih, karena penyembuhan luka bekas *Sectio Caesarea* yang tidak sempurna dapa tmenyebabakan infeksi pada organ rahim dan kandung kemih. Selain itu dapat juga menyebabkan berdampak pada organ lain dengan menimbulkan perlekatan pada organ-organ didalam rongga perut untuk kehamilan resiko tinggi yang memerlukan penanganan khusus.

1. Parut dalam rahim

Seorang wanita yang telah mengalami pembedahan akan memiliki parutdalam rahim,oleh karena itu pada tiap kehamilan serta persalinan berikutnya memerlukan pengawasan yang cermat sehubungan dengan bahaya rupture uterimeskipun jika operasi dilakukan secara sempurna resiko ini sangat kecil terjadi.

1. Demam

Kadang-kadang demam setelah operasi tidak bisa dijelaskan penyebabnya namun kondisi ini bisa terjadi karena infeksi akibat pembedahan.

1. Mempengaruhi ASI

Efek pembiusan bisa mempengaruhi produksi ASI jika dilakukanpembiusan total (narkose) akibatnya kolostrum (air susu yang keluar pertamakali) tidak bisa di nikmati bayi dan bayi tidak dapat segera menyusu begitudilahirkan namun apabila dilakukan dengan pembiusan regional tidak banyak mempengaruhi ASI .

## Perioperatif

### Pengertian Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien.

Kata perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan antara lain praoperatif, intraoperatif, pascaoperatif (Brunner and Suddarth, 2002).

1. Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika diambil keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik atau dirumah, menjalani wawancara praoperatif, dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pebedahan. Bagaimanapun aktifitas perawat dibatasi hingga melakukan pengkajian pasien praoperatif ditepat atau di ruangoperasi.
2. Fase inraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk dan pindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Fase ini lingkup aktifitas keperawatan dapat meliputi memasang infus, memberikanmedikaiintravena, melakukan pemantauan fisilogis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.
3. Fase pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau dirumah. Lingkup keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periodeini.

### Persiapan *Perioperatif*

Persiapan *preoperatif* merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan karena fase *preoperatif* merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Toleransi pasien terhadap pembedahan mencakup toleransi fisik maupun mental (Sjamsuhidajat R, 2005). Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pengakajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Beberapa persiapan *preoperatif* pada pasien *perioperatif* adalah sebagai berikut :

#### Persiapan Fisik

Persiapan fisik preoperatif yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu Persiapan fisik di unit perawatan dan Persiapan di ruang operasi, Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain :

1. Persiapan 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 secara lengkap, antara lain status haemodinamika, 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, serta malakukan pemeriksaan laboratorium tentang kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan bertujuan untuk memberikan protein yang cukup dan untuk perbaikan status nutrisi pasien.

Kondisi gizi yang 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 seperti infeksi pada luka operasi, demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami *sepsis* yang dapat mengakibatkan kematian.

1. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan dan elektrolit perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikaian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakuakan 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).

Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik obat-obatan anestesi .Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik.Namun jika fungsi ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal.Kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

1. Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus di bersihkan terlebih dahulu.Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/lavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00).

Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke 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 NGT (*naso gastric tube*).

1. Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi bertujuan 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 (Brunner & Suddarth, 2002).

Tindakan pencukuran (*schiren*) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur.Sering kali pasien di berikan 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 dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha.Misalnya : apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, haemmoroidektomi. 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 merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang operasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat dianjurkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah yang akan di operasi. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene dengan cara memandikan pasien di tempat tidur.

1. Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih pada pasien *praoperatif* dilakukan dengan cara melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi *bladder* tindakan *kateterisasi* juga diperlukan untuk mengobservasi keseimbangan cairan dan elektrolit. Pada tindakan *kateterisasi*perawat perlu memperhatikan tentang tekhnik dan cara pemasangan kateter di samping itu perlu di jaga tentang kesterilannya sebab dengan pemasangan kateter yang salah dapat menimbulkan reaksi nyeri yang berlebihan dan akan menjadi sumber infeksi pada daerah *genetalia*

h. Pemberian obat-obatan premedikasi

Antibiotik profilaksis biasanya diberikan sebelum pasien di operasi, antibiotik profilaksis di berikan dengan tujuan untuk mencegah terjadinya infeksi selama tindakan operasi (Long C barbara, 1996).Antibiotik profilaksis biasanya di berikan 1-2 jam sebelum operasi di mulai dan di lanjutkan setelah posoperatif 2-3 kali.

#### Persiapan Mental atau Psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena status mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integeritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Long C Barbara, 1996). Contoh perubahan fisiologis yang muncul akibat kecemasan atau ketakutan pada pasien *perioperatif* antara lain: Pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa di tunda atau dibatalkan.

Setiap orang mempunyai pandangan yang berbeda dalam menghadapi pengalaman operasi sehingga akan memberikan respon yang berbeda pula pada saat menghadapi praoperatif, 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 : Takut nyeri setelah pembedahan, takut terjadi perubahan fisik, takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti), takut atau cemas menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas kamar operasi, takut mati saat dibius atau tidak sadar lagi dan takut akan terjadi kegagalan pada saat operasi.

Ketakutan dan kecemasan yang dialami pasien dapat dievaluasi dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti : meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, selalu menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, susah tidur, sering berkemih. Perawat perlu mengkaji mekanisme koping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres.Disamping itu perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan, seperti adanya orang terdekat atau keluarga.

Persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pasien dan keluarganya, sehingga tidak jarang pasien menolak operasi yang sebelumnya telah disetujui, oleh karena itu persiapan mental pasien menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga atau orang terdekat pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi dan memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi.

Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental pada pasien praoperatif dilakukan dengan cara antara lain : Membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, menjelaskan tentang hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses ppembedahan, memberi kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk menanyakan tentang segala prosedur pembedahan dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk melakukan do,a bersama sebelum pasien di antar ke kamar operasi. Dengan mengetahui berbagai informasi selama proses pembedahan maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi.

#### Persiapan Penunjang

Persiapan pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien.Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain.

Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien.Setelah dokter bedah memutuskan untuk dilakukan operasi maka dokter anestesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi.Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemrikasaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clotting time*) darah pasien, elektrolit serum, Hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan *radiologi*.

Pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan pada pasien sebelum operasi dapat disusaikan dengan jenis penyakit dan oprasi yang di jalani. Pemeriksaan penunjang tersebut antara lain :

1. Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto thoraks, abdomen, foto tulang (daerah fraktur), USG (*Ultra Sono Grafi*), CT scan (*computerized Tomography Scan*) , MRI (*Magnrtic Resonance Imagine*), BNO-IVP, Renogram, Cystoscopy, Mammografi, CIL (*Colon in Loop*), EKG/ECG (*Electro Cardio Grafi*), ECHO, EEG (*Electro Enchephalo Grafi*),
2. Pemeriksaan Laboratorium, berupa pemeriksan darah : hemoglobin, angka leukosit, limfosit, PPT/APPT (Clothing time), LED (laju endap darah), jumlah trombosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan chlorida), CT –BT, ureum kretinin, BUN, Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsun tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.
3. Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganas atau jinak atau hanya berupa infeksi kronis saja.
4. Pemeriksaan Kadar Gula Darah (KGD)

Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalan rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan pemeriksaan KGD 2 jam PP (*ppst prandial*)

#### Persiapan Informed Consent

Selain dilakukan berbagai macam pemeriksaan penunjang terhadap pasien dalam persiapan preoperatif, hal lain yang sangat penting terkait dengan aspek hukum, tanggung jawab dan tanggung gugat yaitu *Informed Consent****.***

*Informed consent* telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 585/MENKES/X/1989 dan peraturan Menteri Kesehatan RI No. 575/Menkes/Per/IX/1989 Tentang Persetujuan Tindakan Medik. Informed consent adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medic yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut (Wijono Djoko, 2000). Pelaksanaan *informed consent* wajib hukumnya bagi dokter dan perawat sebelum melakukan tindakan medik. Jika kewajiban *informed consent* ini di abaikan akan dapat merugikan salah satu pihak baik dokter, perawat maupun pasien.

*Informed consent* adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara dokter , perawat dengan pasien dan bertemunya pemikiran tentang apa yang dilakukan, tujuan yang dilakukan serta resiko dari apa yang dilakukan. Tujuan *informed consent* adalah agar pasien mendapatkan informasi yang cukup dalam mengambil keputusan atas tindakan medik yang akan dijalani (Brunner & Suddarth, 2002). *Informed Consent* sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etika hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi (Wijono Djoko, 2000). Pasien maupun keluarga sebelum menandatangani informed consent tersebut akan mendapatkan informasi yang detail terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani dari dokter bedah, Jika petugas belum menjelaskan secara detail, maka pihak pasien atau keluarganya berhak untuk menanyakan kembali sampai betul-betul paham tentang maksud dan tujuan dari *informed consent,* pasien dan keluarga mempunyai hak untuk menolak operasi (Long C Barbara, 1996).

Urutan orang terdekat dari pasien yang berhak memberikan persetujuan di tentukan oleh Negara adalah suami/isteri anak tertua, orang tua, dan keluarga dekat.Orang tua atau pelindung legal memberi persetujuan untuk anak kecil.*Emensimpatisan* anak kecil yaitu orang yang sudah menikah dan pencari nafkah untuk penghidupan mereka dan mempertahankan usahanya, dapat menanda tangani sendiri informed consentnya, tanda tangan suami/isteri dari anak kecil juga di perbolehkan (Long C Barbara, 1996).

#### Pendidikan dan pelatihan pasien praoperatif

Pendidikan dan pelatihan diperlukan pada pasien sebelum tindakan pembedahan, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti: nyeri daerah operasi, batuk dan banyak penumpukan lendir pada tenggorokan. Latihan yang diberikan pada pasien *praoperatif* adalah antara lain: latihan nafas dalam, latihan batuk efektif dan latihan gerak sendi. Berikut akan di jelaskan tentang cara latihan napas dalam, latihan batuk efektif dan latihan gerak sendi (Brunner & Suddarth, 2002):

1. Latihan Nafas Dalam

Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur (Brunner & Suddarth, 2002). Selain itu tekhnik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah *anestesi* umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Latihan nafas dalam dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Pasien tidur dengan posisi duduk atau setengah duduk (semifowler) dengan lutut ditekuk dan perut tidak boleh tegang.
2. Letakkan tangan diatas perut hirup udara sebanyak-banyaknya dengan menggunakan hidung dalam kondisi mulut tertutup rapat.
3. Tahan nafas beberapa saat (3-5 detik) kemudian secara perlahan-lahan, udara dikeluarkan sedikit demi sedikit melalui mulut.
4. Lakukan hal ini berulang kali (±15 kali)
5. Lakukan latihan dua kali sehari praopeartif.
6. Latihan Batuk Efektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi pasien terutama pasien yang mengalami operasi dengan anstesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi *anestesi*. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman dan banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setalah operasi dengan tujuan untuk mengeluarkan lendir atau secret (Brunner & Suddarth, 2002). Pasien dapat dilatih melakukan teknik batuk efektif dengan cara sebagai berikut :

1. Pasien condong ke depan dari posisi semifowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakkan melintang diatas incisi sebagai bebat ketika batuk.
2. Kemudian pasien nafas dalam seperti cara nafas dalam (3-5 kali)
3. Segera lakukan batuk spontan, pastikan rongga pernafasan terbuka dan tidak hanya batuk dengan mengadalkan kekuatan tenggorokan saja karena bisa terjadi luka pada tenggorokan.
4. Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap insisi.
5. Ulangi lagi sesuai kebutuhan.
6. Jika selama batuk daerah operasi terasa nyeri, pasien bisa menambahkan dengan menggunakan bantal kecil atau gulungan handuk yang lembut untuk menahan daerah operasi dengan hati-hati sehingga dapat mengurangi guncangan tubuh saat batuk.
7. Latihan Gerak Sendi dan Mobilisasi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien dengan tujuan setelah operasi pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan (Brunner & Suddarth, 2002). Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi terlepas atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena jika pasien selesai operasi dan segera melakukan mobilisasi maka akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut/flatus, juga dapat menghindari terjadinya kontraktur sendi dan dekubitus. Tujuan lainnya adalah memperlancar sirkulasi darah untuk mencegah stasis vena dan menunjang fungsi pernafasan optimal.

Intervensi ditujukan pada perubahan posisi tubuh dan juga *Range of Motion* (ROM). Latihan perpindahan posisi dan ROM ini pada awalnya dilakukan secara pasif namun kemudian seiring dengan bertambahnya kekuatan tonus otot maka pasien diminta melakukan secara mandiri.

## Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan teori tentang *Sectio Caesarea* dari berbagai sumber (jurnal, buku, artikel) yang telah dijabarkan pada sub-bab sebelumnya, hubungan variabel-variabel yang terkait hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien *Sectio Caesarea* dapat di lihat gambar 2.1.

Keperawatan *Perioperatif*

*Pascaoperatif*

*Intraoperatif*

*Praoperatif :*

* Persiapan fisik
* Persiapan mental
* Persiapan penunjang
* *Informed consent*
* Pendidikan & pelatihan pasien

Pasien pre operasi Sectio Caesarea

Informasi Tindakan Bedah

Faktor yang mempengaruhi Kecemasan :

* Usia
* Pendidikan
* Pengalaman
* Jenis kelamin

Tingkat Kecemasan :

* Ringan
* Sedang
* Berat
* Panik

* Dukungan Keluarga

Keterangan: = Yang Diteliti

= Yang Tidak Diteliti

= Berpengaruh

Gambar 2.2 : Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien *Sectio Caesarea* Di Rumah Sakit Lavalette Malang.

## Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2013). Rumusan hipotesis pada penelitian ini adalah, sebagai berikut:

H1 = Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarea*.