**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang Penelitian**

Rumah sakit adalah sebuah fasilitas, sebuah institusi dan sebuah organisasi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan. Pelayanan yang ada di Rumah Sakit adalah pelayanan pengobatan baik yang bersifat bedah maupun non bedah. Pembedahan merupakan tindakan pengobatan yang banyak menimbulkan kecemasan. Kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik fisik maupun psikologisnya misalnya harga diri, gambaran diri, dan identitas diri.

Sebagian besar pasien beranggapan bahwa operasi merupakan pengalaman yang menakutkan. Reaksi cemas ini akan berlanjut bila pasien tidak pernah atau kurang mendapat informasi yang berhubungan dengan penyakit dan tindakan yang dilakukan terhadap dirinya. Setiap pasien pernah mengalami periode cemas, apalagi yang akan menjalani operasi. Kecemasan merupakan gejala klinis yang terlihat pada pasien dengan penatalaksanaan medis. Bila kecemasan pada pasien pre operasi tidak segera diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan.

Berdasarkan data WHO (2007), Amerika Serikat menganalisis data dari 35.539 pasien bedah dirawat di unit perawatan intensif antara 1 oktober 2003 dan 30 september 2006, Dari, 8.922 pasien (25,1%) mengalami kondisi kejiwaan dan 2,473 pasien (7%) mengalami kecemasan.

Berdasarkan pengalaman penulis dan fenomena yang terjadi bahwa sering terjadi penundaan proses operasi karena peningkatan tekanan darah yang di sebabkan oleh pengaruh dari Kecemasan. hal ini juga di buktikan dengan Penelitian yang dilakukan oleh makmur et.al (2007) tentang tingkat kecemasan pre operasi bahwa dari 40 orang responden dalam tingkat kecemasan berat sebanyak 7 orang (17,5%), 16 orang (40%) yang memilki tingkat kecemasan dalam kategori sedang, 15 orang (37,5%) dalam kateg5ori ringan dan responden yang tidak merasa cemas sebanyak 2 orang (5%).

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah. Dalam konteks rumah sakit, perawat merupakan tenaga kesehatan dengan kapasitas terbanyak di rumah sakit. perawat memiliki interaksi intensif dengan pasien, keluarga dan dokter. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat dituntut melakukan peran.

Peran perawat adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya, dan jika seorang perawat, peran yang dijalankannya harus sesuai dengan lingkup kewenangan perawat. Perawat memiliki peran sebagai pemberi asuhan, advokat klien, pendidik, koordinator, kelaborator, konsultan, pembaharu, dan konselor. sebagaimana yang diharapkan oleh profesi dan masyarakat. (Hutahaen S, (2010).

Peran perawat perioperatif dalam persiapan pasien preoperasi adalah melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan perioperatif, mangkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan postoperasi. Peran parawat perioperatif pada unit bedah adalah Menjelaskan kepada pasien tentang fase-fase dalam periode perioperatife dan hal-hal yang di perkirakan terjadi dan Membuat rencana asuhan keperawatan. Pengkajian praoperatif secara umum meliputi Pengkajian umum, Riwayat kesehatan, Pengkajian psikososiospiritual.

Venomena yang terjadi bahwa perawat perioperatif belum melakukan perannya secara optimal hal ini dapat di buktikan dengan Penelitian oleh noor faisah (2010) tentang peraan perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien preoperasi. hasil penelitiannya di temukan pengkajian dengan kategori baik 18 %, kategori cukup 34%, kategori kurang baik 34 % dan kategori tidak baik 14 %. Penelitian yang di lakukan oleh mahmud (2010) tentang peran perawat dalam informed konsent, hasil penelitiannya menunjukan bahwa sikap perawat dalam melaksanakan peran advocate, counselor dan consultan dalam pengajuan informed konsent belum sepenuhnya sesuai dengan kewenangan perawat seperti memberi informasi tentang suatu tindakan medik (operasi).

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang **Pengaruh Peran Perawat Perioperatif Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi sectio caesaria Di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan**

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat di rumuskan masalah penelitian ini adalah :

“Apakah peran perawat perioperatif berpengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien ..?

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada pengaruh yang bermakna antara peran perawat perioperatif terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesaria.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengetahui gambara peran perawat perioperatif Di RSUD Bangil Pasuruan
2. Mengidentifikasi Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea pada Awal Pasien Masuk Ruangan kebidanan.
3. Menganalisis Pengaruh Peran Perawat Periperatif Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Setelah pasien Di Ruangan Kamar Operasi.
   1. **Manfaat penelitian**
      1. **Bagi Akademik**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi literatur bagi perpustakaan. Menambah wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa mengenai tingkat kecemasan pada pasien pre operasi.

* + 1. **Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitaan ini diharapkan dapat memberi masukan bagi para tenaga kesehatan khususnya pada perawat/Bidan di RSUD Bangil Pasuruan. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di bidang kesehatan.

* + 1. **Bagi Masyarakat**

Dapat memperoleh pelayanan yang lebih baik terutama yang mengalami ketakutan, kecemasan, atau depresi dalam menghadapi pembedahan.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Peran Perawat** 
     1. **Peran**

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu system. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seesorang pada situasisosial tertentu. (Kozier, Barbara, 1995).

* + 1. **Peran Perawat**

Peran perawat menurut konmsorium ilmu kesehatan tahun 1998 kesehatan terdiri dari:

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan

Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

1. Sebagai advokat klien

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluaga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan. Perawat juga berperan dalam mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri, hak menerima ganti rugi akibat kelalaian.

1. Sebagai edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

1. Sebagai koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberi pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

1. Sebagai kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan.

1. Sebagai konsultan

Perawat berperan sebagai tempat konsultasi dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

1. Sebagai pembaharu

Perawat mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

* + 1. **Aktifitas Keperawatan dalam peran perioperatif**

***Peran Perawat Preoperasi***

Peran Perawat Perioperatif Preoperasi (Arif, M & Sari K ,2009)

1. Pengkajian preoperatif di klinik/ per telepon
2. Melakukan pengkajian perioperatif awal
3. Merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien
4. Melibatkan keluarga dalam wawancara
5. Memastikan kelengkapan pemeriksaan perioperatif
6. Mangkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan postoperasi
7. Unit bedah
8. Melengkapi pengkajian preoperatife
9. Mengkoordinasi penyuluhan pasien dan staf keperawatan lain
10. Menjelaskan fase-fase dalam periode perioperatife dan hal-hal yang di perkirakan terjadi
11. Membuat rencana asuhan keperawatan
12. Ruang operatife
13. Mengkaji tengkat kesadaran pasien
14. Menelaah lembaran obserfasi pasien
15. Mengidentifikasi pasien
16. Memastikan daerah pembedahan
17. Dukungan spikologis
18. Menceriterakan kepada pasien apa yang sedang terjadi
19. Menentukan status psikologi
20. Memberikan peringatan akan stimulasi nyeri
21. Mengkomunikasikan status emosional pasien pada anggota tim kesehatan lain yang terkait

**Pengkajian perawat pada fase preoperasi**

Fase perioperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi di ambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan.

Keahlian seorang perawat perioperatif di bentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian integritaskan ke dalam tindakan keperawatan yang harmonis, staf keperawatan yang merawat pasien bertanggung jawab untuk mengola aspek-aspek penting perawatan pasien dengan cara mengimplementasikan rencana perawatan yang berdarsarkan pada tujuan yang di prioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim perioperatif, dan melibatkan tindakan mandiri dan kelaborasi. Asuhan keperawatan praoperatif pada praktiknya akan di lakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan perioperatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari ( one day care) atau unit gawat darurat yang kemudian di lanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif. Dokumentasi yang optimal dapat membantu terciptanya komunikasi yang baik antara perawat ruangan dengan perawat kamar operasi.

Pengkajian pasien pada fase preoperatif secara umum di lakukan untuk menggali permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat melakukan interfensi yang sesuai dengan kondisi pasien, pengkajian Perioperatif pada kondisi kinik terbagi atas dua, yaitu:

1. Pengkajian komprehensif yang di lakukan perawat pada bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat.
2. Pengkajian klarifikasi ringkas oleh perawat perioperatif di kamar operasi.

Lamanya waktu praoperatif akan menentukan lengkapnya data pengkajian misalnya: jika pasien datang ke tempat pembedahan pada hari yang sama, maka waktu tersedia mungkin tidak cukup untuk melakukan pemeriksaan fisik yang komprehensif hal ini mengakibatkan penundaan atau pembatalan jadwal yang telah di buat.

Pengkajian praoperatif menurut (Arif, M & Sari K ,2009) secara umum meliputi:

1. **Pengkajian Umum**

Pada pengkajian pasien di Unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat di lakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu di lakukan secara saksama. Berikut ini adalah hal-hal yang harus di identikasi pada saat melakukan pengkajian umum.

***Identitas pasien***

Pengkajian ini perlu dilakukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien. Perawat peripoperatif harus mengetahui bahwa factor usia, baik anak-anak dan lansia, dapat meningkatkan resiko pembedahan. Pengetahuan tersebut akan membantu perawat perioperatif untuk menentukan tindakan pencegahan mana yang penting untuk dimasukkan ke dalam rencan asuhan keperawatan

***Persiapan umum***

Persiapan informed consent dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan. Pasien dan keluarga harus mengetahui perihal prosedur operasi, jenis operasi, dan prognosis dari hasil pembedahan. Peran Perawat disini adalah bertanggung jawab dan memastikan bahwa pasien/keluarga dan dokter sudah menandatangani isi dari informed consent. Persiapan alat dan obat yang akan digunakan selama pembedahan harus dilakukan secara optimal sesuai dengan kebijakan institusi. Beberapa Rumah sakit memberlakukan kebijakan bahwa persiapan alat dan obat harus dilakukan sebelum pasien memasuki kamar operasi.

Intervensi bedah yang akan di lakukan dalam melakukan pengkajian yang ringkas dan optimal, Perawat kamar operasi hanya melakukan klarifikasisecara cepat dengan menggunakan sistem ceklist.

Formulir ceklist, pada beberapa institusi, penggunaan formulir preoperasif di kamar operasi bertujuan untuk mendokumentasikan prosedur yang secara rutin di lakukan pada pembedahan. Dengan adanya formulir ini, akan terjalin komunikasi yang depat antara perawat ruangan dengan perawat di kamar operasi, yang di harapkan dari pembuatan formulir ini adalah perawat perioperatif dapat secara ringkas memvalidasi persiapan praoperatif yang telah di lakukan perawat ruangan.

1. **Riwayat kesehatan**
2. Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan.
3. Pengkajian ulang riwayat kesehatan pasien harus meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita dan alasan utama pasien mencari pengobatan. Riwayat kesehatan pasien adalah sumber yang sangat baik. Sumber berharga lainnya adalah rekam medis dari riwayat perawatan sebelumnya .
4. Penyakit yang diderita pasien akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam menoleransi pembedahan dan mencapai pemulihan yang menyeluruh . pasien yang akan menjalani bedah sehari (one day care) harus diperiksa secara teliti dan menyeluruh untuk menentukan kondisi kesehatan yang mungkin akan meningkatkan resiko komplikasi selama atau setelah pembedahan.
5. Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. jenis pembedahan sebelumnya , tingkat rasa, ketidaknyamanan, besarnya ketidakmampuan yang ditimbulkan, dan seluruh tingkat perawatan yang pernah

diberikan adalah factor-faktor yang mungkin akan diingat oleh pasien. Perawat mengkaji semua komplikasi yang pernah dialami pasien . informasi ini akan membantu perawat dalam mengantisipasi kebutuhan pasien selama pra dan pascaoperatif.

1. Perawat harus mewaspadai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif. Apabila pasien mempunyai riwayat alergi satu atau lebih, maka pasien perlu mendapat pita identifikasi alergi yang dipakai pada pergelangan tangan sebelum menjalani pembedahan atau penulisan symbol alergi yang tertulis jelas pada status rekam medis sesuai dengan kebijakan institusi . perawat juga harus memastikan bagian depan lembar pencatatan pasien berisi daftar alergi yang dideritanya
2. Pasien perokok memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi paru-paru pascaoperasi daripada pasien bukan perokok. Kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi. Pasien yang mempunyai riwayat adanya pemakaian narkoba (narkotika dan obat-obatan terlarang) perlu diwaspadai atas kemungkinan yang lebih besar untuk terjangkit penyakit seperti HIV dan hepatitis, terutama pada pasien pengguna narkoba suntik.
3. **Pengkajian psikososiospiritual**

pengkajian psikososiospiritual meliputi:

1. Perasaan

Perawat dapat mendeteksi perasaan pasien tentang pembedahan dari perilaku dan perbuatannya. Pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya , tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan. Atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga.

Perasaan sering kali susah di kaji secara keseluruhan jika pasien akan menjalani bedah sehari. Perawat harus menjelaskan bahwa rasa takut dan khawatir merupakan perasaan yang normal. Kemampuan pasien mengungkapkan perasaan bergantung pada keinginan perawat untuk mendengar, memberi dukungan, dan membenarkan konsep yang salah.

1. Konsep diri

Pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat. Perawat mengkaji konsep diri pasien dengan cara meminta pasien mengidentifikasi kekuatan dan kelamahan dirinya , pasien yang cepat mengkritik mungkin mempunyai harga diri yang rendah atau sedang menguji pendapat perawat tentang karakter mereka.

1. Citra diri

Pembedahan untuk mengangkat bagian tubuh yang mengandung penyakit biasanya mengakibatkan perubahan bentuk atau fungsi tubuh yang permanen. Rasa khawatir terhadap kelainan bentuk atau kehilangan bagian tubuh akan menyertai rasa takut pasien. Perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap akan terjadi akibat operasi, reaksi individu berbeda-bada bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya.

1. Sumber koping

Pengkajian terhadap perasaan dan konsep diri akan membantu perawat menentukan kemampuan pasien dalam mengatasi stress akibat pembedahan, perawat juga bertanya tentang manajemen stress yang biasa dilakukan pasien sebelumnya. Apabila pasien pernah menjalani pembedahan, maka perawat perioperatif perlu menentukan perilaku yang dapat membantu pasien dalam menghilangkan ketegangan atau kecemasannya, pada saat pengkajian atau saat perawat memberi instruksi atau penjelasan, pasien mungkin menginginkan kehadiran orang lain. Pada konsep perioperatif adanya anggota keluarga dapat di maksimalkan perawat perioperatif sebagai pelatih pasien.

1. Kepercayaan spiritual

Kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas. Tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Segala upaya harus dilakukan untuk membantu pasien mendapat bantuan spiritual yang diinginkan . keyakinan mempunyai kekuatan yang sangat besar , oleh karena itu kepercayaan yang dimiliki oleh setiap pasien harus dihargai dan didukung. Menghormati nilai budaya dan kepercayaan pasien dapat mendukung terciptanya hubungan dan saling percaya. Perawat yang tenang, memperhatikan , dan pengertian akan menimbulkan rasa percaya pasien.

1. Pengetahuan, persepsi dan pemahaman

Perawat harus mempersiapkan pasien dan keluarganya untuk menghadapi pembedahan, dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, dan pemahaman pasien, dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien. Apabila pasien dijadwalkan menjalani bedah sehari, maka pengkajian dapat dilakukan di ruang praktik dokter atau rumah pasien.

***Peran Perawat intra Operasi***

1. Aktifitas keperawatan dalam peran intraeperatif

Pemeliharaan kesehatan

1. Atur posisi Pasien

Kesejahteraan fungsional, Pemajanan daerah pembedahan

Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

1. Memasang alat graunding ke pasien
2. Memberikan dukungan fisik
3. Memastikan bahwa jumblah spons, jarum, dan instrumet tepat

Pemantauan Fisiologis

1. Memperhitungkan efek dari hilangnya atau masuknya cairan secara berlebihan pada pasien
2. Membedakan data kordiapulmonal dengan yang abnormal
3. Melaporkan perubahan-perubahan pada nadi, pernapasan, suhu tubuh, dan tekanan darah pasien.

Dukungan psikologis (sebelum induksi dan jika pasien sadar)

1. Memberikan dukungan emosional kepada pasien
2. Berdiri dekat dan menyentuh pasien selama prosedur dan induksi
3. Terus mengkaji status emosional pasien
4. Mengkomunkasi status emosional pasien ke anggota tim perawatan kesehatan lain yang sesuai

Penatalaksanaan keperawatan

1. Memberikan keselamatan untuk pasien
2. Mempertahankan lingkungan aseptik dan terkontrol
3. Secara efektif mengelola sumber daya manusia

***Peran Perawat Post operasi***

1. Komunikasi dari informasi intraoperatif
2. Menyebutkan nama pasien
3. Menyebutkan jenis pembedahan yang di lakukan
4. Menggambarkan faktor-faktor intraoperatif yaitu : pemasangan drain atau kateter, kekambuhan peristiwa-peristiwa yang tidak di perkirakan
5. Menggambarkan keterbatasan fisik
6. Melaporkan tingkat kesadaran preoperatif pasien
7. Mengkomunikasikan alat-alat yang di perlukan
8. Pengkajian Post Operatif di ruangan pemulihan

Menentukan respon langsung pasien terhadap intervensi pembedahan

1. Unit Bedah
2. Mengevaluasi efektivitas dari asuhan keperawatan di ruang operasi
3. Menentukan tingkat kepuasan pasien dengan asuhan yang di berikan selama periode perioperatif
4. Mengevaluasi produk-produk yang di gunakan pada pasien di ruang operasi
5. Menentukan status psikologis pasien
6. Membantu dalam perencanaan pemulangan
7. Di rumah/klinik
8. Gali presepsi pasien tentang pembedahan dalam kaitannya dengan anastesi, dampak pada citra tubuh, penyimpangan, imobilisasi
9. Tetukan persepsi keluarga tentang pembedahan
   1. **Konsep Kecemasan** 
      1. **Pengertian**

Cemas adalah keadaan emosi individu yang berkaitan dengan perasaan yang tak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki subyek yang spesifik, kondisi ini dialami secara subyektif (yang hanya dirasakan individu tersebut) dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal

Kecemasan adalah Suatu kondisi yang menyangkut terminologi kesehatan jiwa dengan suatu kondisi was-was, perut terasa kosong, nafas sesak dan dada terasa nyeri (Sani A, 2007).

Kecemasan merupakan komponen utama bagi hampir semua gangguan kejiwaan (psychiatric disorder). Secara klinis gejala kecemasan dibagi dalam beberapa kelompok yaitu gangguan kecemasan, gangguan cemas menyeluruh (Generalized anxiety disorder/GAD), gangguan panik, gangguan phobik dan gangguan obsesif-kompulsif (Hawari D, 2006).

Kecemasan adalah suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan (Sundari S, 2005) Jadi, Kecemasan adalah suatu keadaan dimana psikologis seseorang berada pada ketakutan dalam menghadapi masalah yang ada pada dirinya

* + 1. **Faktor-faktor Penyebab Kecemasan**
  1. Faktor Biologis

Kecemasan terjadi akibat dari reaksi saraf otonomi yang berlebihan dengan naiknya sistem tonus saraf simpatis.

* 1. Psikologis

Ditinjau dari aspek psikoanalisa, kecemasan dapat muncul akibat implus-implus bawah sadar (misalnya : sex, ancaman) yang masuk kealam sadar. Mekanisme pembelaan ego yang tidak sepenuhnya berhasil juga dapat menimbulkan kecemasan yang mengambang, Reaksi pergeseran yang dapat mengakibatkan reaksi fobia. Kecemasan merupakan peringatan yang bersifat subyektif atas adanya bahaya yang tidak dikenali sumbernya.

* 1. Sosial

Kecemasan yang timbul akibat hubungan interpersonal dimana individu menerima suatu keadan yang menurutnya tidak disukai oleh orang lain yang berusaha memberikan penilaian.

Selain itu faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan antara lain :

1. Potensi stressor

Suatu keadaan yang menyebabkan perubahan dalam individu, sehingga individu harus melakukan penyesuaian diri (adaptasi).

1. Tingkat pendidikan

Status pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Kecemasan bisa terjadi pada individu yang tingkat pendidikannya rendah disebabkan karena kurangnya informasi yang didapat individu tersebut.

1. Sosial budaya

Individu yang tidak bersosialisasi dengan masyarakat lebih mudah mengalami kecemasan.

1. Ekonomi

Seseorang yang memiliki pendapatan rendah lebih mudah mengalami kecemasan, dibandingkan dengan orang yang memiliki pendapatan tinggi.

1. Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cacat badan, sakit, operasi, penyakit, lebih mudah mengalami kecemasan. Disamping itu kelelahan fisik (lemah, letih, lesu) lebih mudah megalami kecemasan.

1. Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh pada kecemasan seseorang, dimana lingkungan yang tidak kondusif berpotensial besar terhadap kecemasan yang dialami seseorang, begitu juga sebaliknya jika lingkungannya kondusif mempercepat penyembuhan seseorang.

1. Umur

Umur ikut menentukan kecemasan, biasanya kecemasan sering dialami oleh usia muda.

1. Jenis kelamin

Kecemasan lebih banyak dialami wanita, dibandingkan dengan pria.

* + 1. **Gejala – gejala Kecemasan**

Keadaan cemas mempunyai gejala-gejala somatik atau fisik dan gejala psikologis atau mental. Gejala-gejala tersebut antara lain: Iritabilitas, hiperaktifitas, energi menurun, kebingungan, nadi cepat, hiperventilasi, sulit tidur, muntah-muntah, nyeri pada gastro intestinal, sering buang air besar atau kecil, gangguan kulit, gangguan muskulo skeletal, berkeringat, mulut kering, mengetuk jari-jari, gagap, berhenti berbicara dan terjadi perubahan suara. Reaksi fisik terhadap kecemasan pada masing-masing individu berbeda.

Menurut (Hawari D, 2006), menyebutkan gejala klinis dari cemas antara lain : Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri, mudah tersinggung. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut. Takut sendiri, takut pada keramaian, dan banyak orang. Gangguan pola tidur, mimpi yang menegangkan Gangguan konsentrasi dan daya ingat, Keluhan somatik misalnya rasa sakit pada otot tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

* + 1. **Tingkat kecemasan**

Tingkat kecemasan

* 1. Kecemasan Ringan (Tingkat I)

Berhubungan dengan ketegangan yang dialami dalam kehidupan sehari- hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan.

* 1. Kecemasan Sedang (Tingkat II)

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

* 1. Kecemasan Berat (Tingkat III)

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

* 1. Kecemasan sangat berat/ Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror-teror. Perincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

* + 1. **Stressor Pencetus**

Stressor pencetus berasal dari sumber internal atau eksternal. Sterssor dapat di kelompokkan dalam dua kategori yaitu:

1. Ancaman terhadap integritas seorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial (brunner & suddarth. 2002)
   * 1. **Teknik Mengatasi kecemasan**

Teknik kognitif dapat membantu pasien menghilangkan kecemasan dan tidak tergantung pada wawasan atau pemahaman yang kompleks dari kondisi psikologi diri sendiri.

1. Dialog Internal

Membantu pasien mengembangkan pesan dialog sendiri yang meningkatkan:

1. Percaya diri
2. Perasaan pengendalian
3. Kemampuan untuk mengatasi
4. Optimisme
5. Harapan
6. Dialog Eksternal
7. Dengan dialog eksternal kebutuhan pasien untuk berbicara cara akurat tentang dirinya dengan orang lain. Hal ini menurunkan rasa ketidak berdayaan dan ansietas mereka.
8. Khayalan Mental dan Relaksasi Mendorong pasien untuk mengkhayalkan tempat yang indah atau menjadi bagian dari pengalaman yang menyenangkan sehingga dapat membantu pasien menurunkan ketegangan.
   * 1. **Alat Ukur Skala kecemasan Hamilton Anxietas Rating Scale**

kecemasan dapat di ukur dengan pengukuran tingkat kecemasan yang di sebut skala tingkat kecemasan Hamilton Anxietas Rating Scale. (HARS), Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang di dasarkan pada munculnya simtomatik individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 syptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang di observasi di beri 5 tingkatan skor antara 0 (Nol Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali di gunakan pada tahun 1959, yang di perkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan.

Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating scale) menurut Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item meliputi:

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri,mudah tersinggung
2. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah tergaggu dan lesu.
3. Ketakutan seperti takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, dan mimpi buruk.
5. Gagguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi: kehilangan minat, berkurang kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari
7. Gejala somatik, nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: 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 pernafasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang, dan merasa nafas pendek.
11. Gejala gastro intestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual muntah, , nyeri lambung asebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi impotensi
13. Gejala vegetative atau otonom: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, dan napas pendek dan cepat.

Cara menilai masing-masing item adalah sebagai berikut:

Skor 0 = Tidak ada gejala atau keluhan

1 = Gejala ringan / satu dari gejala yang ada

2 = gejala sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = Gejala berat/ lebih dari 1/2gejala yang ada

4 = Gejala berat sekali/ semua gejala yang ada

Sehingga skor minimal l0 dan skor maksimal 56 (14/4)

Kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan

14-20 = Kecemasan Ringan

21-27 = Kecemasan Sedang

28-41 = Kecemasan Berat

42-56 = Kecemasan Berat Sekali

* + 1. **Mekanisme Koping**

Mekanisme koping adalah suatu bentuk pertahanan yang di gunakan oleh seseorang yang sedang berada pada suatu bentuk kecemasan untuk menghindar atau mengurangi respon yang ditimbulkan oleh kecemasan tersebut. Dimana mekanisme koping setiap orang berbeda-beda. Tipe - tipe tingkah laku seperti mennangis, tertawa, tidur, melakukan kegiatan fisik, merokok dan minum-minum.

* 1. **Pre Operasi**

Pasien Pre operasi dapat mengalami berbagai ketakutan. Takut terhadap anestesi, takut terhadap nyeri atau kematian, takut tentang ketidaktahuan, takut tentang deformitas dan ancaman lain terhadap citra tubuh dapat menyebabkan ketidak tenangan atau ansietas (Brunner & Suddarth, 2002).

Perawatan pre operasi merupakan bagian dari perawat perioperatif yang di mulai dari kapan di putuskan tindakan operasi dibuat dan diakhiri dengan pemindahan klien ke meja ruang operasi. Lingkup kegiatan perawatan pre operasi termasuk dalam menetapkan batas pengkajian klien setting secara klinis atau dalam ruangan, interview preoperatif, menyiapkan klien untuk diberikan anestesi dan pembedahan bagaimanapun kegiatan perawatan dibatasi oleh pengkajian pre operasi dalam ruangan atau selama operasi (Brunner & Suddarth, 2002).

* + 1. **Tujuan Prosedur pembedahan**

Sebagai salah satu bentuk pengobatan dan penatalaksanaan berbagai macam penyakit untuk mempercepat proses penyembuhan (Perry& Potter, 2006).

* + 1. **Jenis-jenis operasi**

Menurut derajat kepentingan (Perry & potter 2006), di kelompokkan menjadi dua bagian yaitu :

1. Pembedahan Mayor (pembedahan resiko tinggi )
2. Pembedahan Minor (pembedahan resiko kecil )
   * 1. **Kecemasan pada pasien pre operasi**

Kecemasan pada pasien pre operasi adalah kecemasan yang di akibatkan stressor tindakan operasi, obat-obatan dan perawatan tindakan, perawatan menjelang operasi yang dianggap sebagai hal baru, kurangnya dukungan keluarga terhadap pasien pre operasi. Khawatir meninggal di meja operasi dan meninggalkan anak-anak ditinggalkan seandainya ia meninggal saat atau setelah operasi, stressor tersebut merupakan faktor timbulnya kecemasan yang mengakibatkan terancamnya integritas seseorang meliputi ketidak mampuan fisiologis atau menurunkan kapasitas untuk melakukan hidup sehari-hari (Brunner & suddarth, 2002).

* + 1. **Persiapan psikologis pasien pre operasi**

Pasien yang akan di operasi biasanya akan mengalami kegelisahan dan rasa takut. Perasaan gelisah dan takut kadang-kadang tidak tampak jelas, tapi kadang-kadang dapat terlihat dalam bentuk lain. Pasien yang gelisah dan takut biasanya sering bertanya berulang-ulang walaupun pertanyaan tersebut telah dijawab. Pasien biasanya tidak mau bicara dan memperhatikan keadaan sekitarnya, tetapi berusaha mengalihkan perhatiannya kepada buku atau sebaliknya ia bergerak terus-menerus dan tidak mau tidur.

Pengkajian psikologi pada pasien atau keluarga harus di lakukan supaya hal tersebut tidak menghambat rencana operasi. Salah satu caranya yaitu dengan penyuluhan pada keluarga maupun pasien supaya mereka mengerti apa yang akan terjadi. Penyuluhan tersebut harus melebihi deskripsi tentang berbagai langkah prosedur dan harus mencakup tentang sensasi yang akan di alami. Sebagai contoh, memberitahu pasien hanya medikasi pre operasi yang akan membuatnya rileks sebelum operasi tidaklah selektif bila menyebutkan juga bahwa medikasi tersebut dapat mengakibatkan kepala terasa melayang dan mengantuk. Mengetahui apa yang di perkirakan akan membantu pasien mengantisipasi reaksi-reaksi tersebut dan dengan demikian mencapai tingkat relaksasi yang lebih tinggi daripada yang di perkirakan sebaliknya (Brunner & suddarth, 2002)

* 1. **Kerangka Konseptual**

Peran Perawat Preoperasi

1. Pengkajian Umum
2. Riwayat kesehatan
3. Pengkajian psikososiospiritual

Tindakan Pembedahan

1. Minor

Tingkaat Kecemasan

1. Ringan
2. Sedang
3. Berat
4. Sangat berat

Mayor

Faktor Penyebab

1. Potensi stresor
2. Tingkat pendidikan
3. Sosial budaya
4. Ekonomi
5. Keadaan Fisik
6. Lingkungan
7. Umur
8. Jenis kelamin

= Variabel yang akan di teliti

= Variabel yang Tidak Diteli