



**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRA
OPERASI DALAM PERSIAPAN PEMBEDAHAN**

SKRIPSI

**Oleh :
ADAM FAISAR RAHMAN
NIM 30902300063**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2024



**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRA
OPERASI DALAM PERSIAPAN PEMBEDAHAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

ADAM FAISAR RAHMAN

NIM 30902300063

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS SULTAN AGUNG

SEMARANG

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini ,dengan sebenarnya menyatakan bahwasanya skripsi dengan judul “**Gambaran Tingkat Kecemasan pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan**”saya susun tanpa Tindakan plagiarisem sesuai dengan ketentuan yang berlaku difakultas ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.yang dibuktikan melalui uji turniti.jika kemudian hari ternyata saya menjalankan Tindakan plagiarisme,saya bertanggung jawab sepenuhnya dengan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Univesitas Islam Sutang Agung Semarang kepada saya.



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRA OPERASI DALAM PERSIAPAN PEMBEDAHAN

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Adam Faisar Rahman

NIM : 30902300063

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I Tanggal:

6 September 2024



Ns. Moh. Arifin Noor, M.Kep. Sp. Kep.MB

NIDN: 0627088403

Pembimbing II Tanggal:

6 September 2024



Ns. Indah Sri Wahyningsih, M.Kep

NIDN: 0615098802

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul
**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRA OPERASI
DALAM PERSIAPAN PEMBEDAHAN**

Disusun Oleh:

Nama : Adam Faisar Rahman
NIM : 30902300063

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Agustus 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I

Dr.Suyanto,S.Kep.,Ns.,M.Kep,Sp.Kep.MB

NIDN: 06-2006-8504

Penguji II

Ns.Moh. Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2708-8403

Penguji III

Ns.Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN : 06-1509-880

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU
KEPERAWATAN UNIVERSITAS SULTAN AGUNG SEMARANG**

Skripsi, Agustus 2024

ABSTRAK

AdamFaisar Rahman

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRA
OPERASI DALAM PERSIAPAN PEMBEDAHAN**

Latar Belakang : Efektivitas seluruh operasi bedah bergantung pada perawatan praoperatif, yang merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif. Penting untuk mempertimbangkan tingkat kecemasan pasien bedah saat merencanakan pemulihan mereka. Penilaian psikospiritual dapat mengungkapkan berbagai efek psikologis, seperti ketakutan pasien terhadap hal-hal yang tidak jelas, termasuk operasi yang akan datang, dan kurangnya pemahaman tentang pengalaman bedah, yang dapat bermanifestasi dalam berbagai cara dalam bentuk kecemasan.

Metode : Penelitian ini menerapkan pendekatan kuantitatif deskriptif cross-sectional dengan ukuran sampel enam puluh responden. Metode pengambilan sampel non-probabilitas yang dikombinasikan dengan metode pengambilan sampel sekuensial diterapkan dalam penelitian ini. Kuesioner *Amsterdam Preoperative and Information Scale* (APAIS) ialah instrumen yang diterapkan untuk mengumpulkan data guna mengukur kecemasan praoperatif.

Hasil : pemeriksaan tingkat kecemasan yang dimiliki oleh responden pra operasi yang dijalankan pada 60 responden didapatkan data sejumlah 19 responden (31%) tidak cemas, 30 responden (50%) cemas ringan, 9 responden (15%) cemas sedang, 1 responden (1,7%) cemas berat dan 1 reponden (1,7%) dengan cemas sangat berat

Kesimpulan : Rentang usia 26 hingga 35 tahun merupakan mayoritas responden yang mengalami kecemasan ringan. Responden pria lebih cenderung kecemasan ringan, sedangkan responden wanita lebih cenderung kecemasan berat. Hasil ini menyoroti betapa pentingnya menerapkan terapi yang tepat untuk menurunkan kecemasan praoperasi, terutama untuk kelompok usia dan jenis kelamin tertentu.

Kata kunci : pre operasi,kecemasan,pembedahan

Daftar Pustaka : 26 (2016 -2024)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING FACULTY OF NURSING
SCIENCE SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, July, 2024**

ABSTRACT

Adam Faisar Rahman

**OVERVIEW OF ANXIETY LEVELS IN PREOPERATIVE PATIENTS
DURING SURGICAL PREPARATION**

Background : *The effectiveness of the entire surgical operation depends on preoperative nursing, which is the first stage of perioperative nursing. It is important to take surgical patients' anxiety levels into account while planning their recovery. Psychospiritual assessments can reveal a variety of psychological effects, such as patients' fear of unclear things, including the impending operation, and lack of understanding about the surgical experience, which can manifest in anxiety in many ways.*

Method: *This study used a cross-sectional, descriptive quantitative approach with a sample size of sixty respondents. The non-probability sampling method combined with the sequential sampling method was employed in this investigation. The Amsterdam Preoperative and Information Scale (APAIS) questionnaire was the instrument used to collect data in order to gauge preoperative anxiety.*

Results : *From the 60 respondents studied, 19 respondents (31%) were not anxious, 30 respondents (50%) had mild anxiety, 9 respondents (15%) had moderate anxiety, 1 respondent (1.7%) had severe anxiety, and 1 respondent (1.7%) had very severe anxiety.*

Conclusion: *The majority of respondents experiencing mild anxiety were in the age range of 26-35 years. Mild anxiety was more common among male respondents, while severe anxiety was more prevalent among female respondents. These findings highlight the importance of appropriate interventions to reduce preoperative anxiety, particularly for specific age groups and genders.*

Keywords: *Preoperative, anxiety, surgery*

Bibliography: *26 (2016-2024)*

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan rahmat dan kasih-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul “Gambaran Pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan” dapat diselesaikan dengan baik. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk melanjutkan ke tahap skripsi untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Sultan Agung Semarang.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang
2. Dr. Ns. Dwi Retno Setyawati, M.Kep. Sp. KMB selaku ketua prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Moh. Arifin Noor, M.Kep, Sp. Kep.MB selaku pembimbing 1 yang telah memberi arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
4. Ibu Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep_ selaku pembimbing 2 yang telah memberi arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
5. Dr. Suyanto, S.Kep., Ns., M.Kep, Sp.Kep.MB selaku penguji yang telah memberi arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
6. Dosen – dosen pengajar serta staf pendidikan di program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Sultan Agung Semarang.

7. Komisaris beserta seluruh direksi PT SARI ASIH yang telah memberi dukungan untuk kami melanjutkan kuliah strata satu keperawatan
8. Dr. Ni'matullah Mansur, MARS Direktur Rumah Sakit Sari Asih ciledug yang senantiasa mendukung kami mahasiswa RPL sari asih ciledug untuk terus meningkatkan keilmuan di bidang keperawatan.
9. Istri ku tercinta Mudianti dan anak – anak ku : shareefa anaya bella princesa dan zayn alfath abiyasa yang senantiasa sabar dan mendukung dalam menjalani proses perkuliahan.
10. Orangtua serta keluarga besar tercinta yang telah mendukung dan mendoakan penulis.
11. Seluruh rekan mahasiswa RPL Angkatan 2023 dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu oleh penulis.

Semoga seluruh bantuan dan kerjasama yang diberi semua pihak mendapatkan ridho dan nilai amal yang sesuai dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penulisan Proposal Skripsi ini, karena itu penulis memohon arahan, saran dan kritik yang sifatnya menyempurnakan studi kasus ini. Penulis mengharapkan semoga penyusunan Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Tangerang, 22 Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Terkait	8
B. Kerangka teori	54
BAB III METODE PENELITIAN.....	55
A. Kerangka Konsep	55

B.	Jenis dan Desain penelitian	55
C.	Populasi dan sampel penelitian	56
D.	Tempat dan Waktu Penelitian	56
1.	Definisi Operasional	57
E.	Instrumen/ Alat Pengumpul Data	58
F.	Metode Pengumpulan Data	59
G.	Analisa Data	61
H.	Etika penelitian	62
BAB IV	HASIL PENELITIAN	64
A.	Gambaran umum lokasi penelitian	64
B.	Hasil Penelitian	65
BAB V	PEMBAHASAN	72
A.	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	72
B.	Keterbatasan Penelitian	77
C.	Implikasi Dalam Keperawatan	78
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	79
A.	Kesimpulan	79
B.	Saran	80
	DAFTAR PUSTAKA	81
	LAMPIRAN	84

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	57
Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas usia.....	65
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas jenis kelamin	66
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas jenis tingkat pendidikan.....	66
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan responden.....	67
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Usia	68
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Jenis Kelamin	69
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Tingkat Pendidikan.....	70



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	54
Gambar 3.1. Kerangka Konsep.....	55



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permohonan Menjadi Responden	85
Lampiran 2. Surat Persetujuan Menjadi Responden	86
Lampiran 3. Lembar Penjelasan Pelaksanaan Penelitian Kepada Calon Responden	87
Lampiran 4. Instrumen Penelitian	90
Lampiran 5 Lembar Consent.....	91
Lampiran 6. Surat Keterangan lolos uji etik	92
Lampiran 7 Analisa Data	93
Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian	97
Lampiran 9 Persetujuan Revisi Ujian Hasil Akhir.....	98



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keberhasilan seluruh operasi bedah bergantung pada perawatan praoperasi, yang merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif (Majid et al., 2011). Pasien dipersiapkan untuk operasi sejak mereka masuk ke ruang perawatan hingga mereka berada di ruang operasi, saat prosedur dijalankan. Penting untuk mempertimbangkan tingkat kecemasan pasien bedah saat merencanakan pemulihan mereka. Pemeriksaan psikospiritual dapat mengungkapkan berbagai efek psikologis, seperti pasien yang menjalani operasi mengalami ketakutan terhadap hal-hal yang tidak jelas dan kurangnya pemahaman tentang pengalaman operasi, yang dapat terwujud dalam berbagai cara (Agustina, 2019).

Pasien dapat menerima dukungan mental atau psikologis dalam sejumlah cara, seperti dengan ditunjukkan di mana ruang operasi berada, diberi tahu tentang apa yang diharapkan selama prosedur, dan membantu mereka memahami tindakan yang mereka lakukan sebelum prosedur. Pengambilan keputusan pasien dan keluarga mereka dapat dipengaruhi oleh persiapan mental yang tidak memadai. Menurut Majid et al. (2011), pasien sering menolak operasi yang telah disepakati sebelumnya. Membangun hubungan saling percaya dan menjaga jalur komunikasi yang terbuka sangat penting bagi perawat dan pasien. Pasien akan lebih siap menghadapi operasi jika mereka mengetahui beberapa fakta sebelum prosedur. Dengan demikian, dengan memberi pasien semua pengetahuan yang mereka butuhkan,

kekhawatiran dapat diminimalkan dan mentalitas mereka dapat dipersiapkan dengan baik (Majid et al., 2011).

Memang benar bahwasanya setiap orang memiliki perasaan takut dan cemas sebelum menghadapi operasi, meskipun setiap orang memandang pengalaman itu secara berbeda dan akan merespons secara berbeda (Majid et al., 2011). Kelelahan pada tingkat fisik dan mental ialah efek akhirnya, dan berbagai keluhan atau gangguan pada akhirnya akan berkembang karenanya. Keluarga dan perawat dapat membantu pasien dalam mempersiapkan diri secara mental dengan mengajari mereka tentang prosedur yang akan mereka jalani sebelum operasi, memberi tahu mereka tentang waktu prosedur, menguraikan apa yang diharapkan selama prosedur, menampakkkan di mana ruang operasi berada, dan banyak lagi (Majid et al., 2011).

Tindakan medis yang meliputi pembukaan atau pemaparan bagian tubuh dengan cara invasif meliputi pembedahan dan operasi (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2016). Persiapan pasien pra operasi, menurut Sjahmuhidajat, Prasetyono, dan Riwanto (2017), meliputi persiapan administratif, mental, dan fisik. Persiapan ini penting untuk menurunkan faktor risiko akibat pembedahan. Karena setiap pasien di ruang operasi memiliki perspektif yang berbeda, mereka semua akan merespons operasi bedah dengan cara yang berbeda.

Pembedahan merupakan tindakan medis invasif yang diterapkan untuk diagnosis, perawatan, dan koreksi penyakit, cedera, dan deformitas, menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI, 2014). Latihan pra operasi,

persetujuan tindakan medis, persiapan mental atau psikologis, persiapan fisik, dan pemberian premedikasi merupakan langkah-langkah yang dijalankan sebelum pembedahan. Setiap pasien mengalami kecemasan saat mengunjungi lokasi pembedahan. Beberapa di antaranya disebabkan oleh rawat inap sebelumnya, saran dari teman dan saudara, atau ketidaktahuan (Muttaqin, 2009). Perawat dan dokter di RS Sari Asih Ciledug telah memberi informasi mengenai persiapan operasi sesuai SOP kepada setiap pasien yang akan menjalani operasi.

Menurut data *World Health Organization* (2020), jumlah pasien yang menjalani operasi terus meningkat dari tahun ke tahun. Tercatat, hingga tahun 2020, terdapat 234 juta pasien di seluruh rumah sakit di seluruh dunia. Pada tahun 2020, tercatat sejumlah 1,2 juta prosedur operasi dijalankan di Indonesia. Operasi menempati peringkat ke-11 dari 50 jenis tindakan operasi di Indonesia, dengan 32% tindakan operasi bersifat elektif, menurut Data Tabulasi Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021). (Ramadhan et al., 2023)

Didasarkan atas pemahaman pasien, tindakan pembedahan berdampak pada kesejahteraan fisik, finansial, dan psikologis pasien (Budikasi, 2015). Sejumlah 53,68% tindakan pembedahan dijalankan di Indonesia (Darmawan & Rihiantoro, 2019). Dengan rasio 12,8% dan ekspektasi 32%, tindakan pembedahan menempati urutan ke-11 dari 50 jenis tindakan di rumah sakit Indonesia (Hutagalung, 2021). Setiap tindakan invasif yang diterapkan untuk mendiagnosis, mengobati, atau mengoreksi penyakit, cedera, atau kelainan fisik disebut pembedahan atau operasi.

Biasanya, tindakan ini melibatkan pembuatan sayatan yang dapat mengubah fisiologi tubuh atau berdampak pada organ lain (Krismanto & Muhammad, 2021).

Sejumlah 4.282 pasien telah menjalani tindakan pembedahan antara Januari hingga November 2023, menurut data dari Instalasi Bedah RS Sari Asih, Ciledug, Kota Tangerang. Sementara itu, pada bulan November, tercatat 419 operasi telah dijalankan. Didasarkan atas studi pendahuluan yang penulis lakukan di ruang operasi RS Sari Asih, Ciledug, Kota Tangerang, lima pasien pra-bedah yang dijadwalkan untuk operasi melaporkan tingkat kecemasan yang bervariasi: dua melaporkan kecemasan berat, satu melaporkan kecemasan sedang, satu melaporkan kecemasan ringan, dan satu melaporkan tidak cemas. Didasarkan atas hasil observasi dan wawancara pasien, beberapa pasien tidak menyadari adanya fase pra-operasi persiapan operasi. Kecemasan ialah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kekhawatiran tubuh akan diperlakukan tidak baik oleh tubuh atau kehilangan sesuatu yang berharga. Kecemasan ialah kondisi dan pengalaman emosional subjektif yang ditandai dengan objek yang samar dan perasaan tidak nyaman, tidak siap, gelisah, dan mengancam.

Perawat bertanggung jawab untuk memberi tahu pasien dan keluarganya tentang penyakit yang dideritanya dan rencana perawatan selanjutnya. Informasi yang jelas dan efektif harus diterapkan dalam materi yang diberi. Tanggung jawab utama perawat ialah komunikasi interpersonal. Memberi persetujuan didasarkan atas informasi hanyalah salah satu dari sekian banyak tugas yang berkaitan dengan persyaratan bagi perawat untuk

menjadi penyedia informasi yang cakup. Didasarkan atas data dari 41 pasien pra operasi yang telah mendapat penjelasan tentang pembedahan, dijalankan penelitian untuk mendeskripsikan pengetahuan pasien pra operasi dalam rangka persiapan pembedahan di bangsal rawat inap Hosana dan Agape RS Baptis Kediri. Dari pasien tersebut, lebih dari 50% memiliki pengetahuan kurang (27 responden atau 65,9%), pengetahuan cukup (12 responden atau 29,2%), dan pengetahuan baik (2 responden atau 4,9%). Tinggi & Nusantara, 2021). Didasarkan atas hasil penelitian, mayoritas pasien pra operasi yang dijadwalkan, yakni sejumlah 28 orang atau 52,8 persen, bertingkat kecemasan yang signifikan sebelum menerima informasi pra operasi, sedangkan kecemasan ringan hanya sejumlah 11 orang atau 20,8%. Didasarkan atas karakteristik responden, mayoritas berusia 20-60 tahun (31 responden atau 58,4%), dan mayoritas hanya tamat SMA (26 responden atau 49%). (Lutfianti dkk, 2022)

Didasarkan atas data rekam medis instalasi bedah RSUD Sari Asih Ciledug Kota Tangerang, diketahui sejumlah 4.282 pasien telah menjalani operasi pada periode Januari hingga November 2023. Penelitian deskriptif tentang karakteristik pasien pra operasi dalam persiapan operasi belum pernah dijalankan, padahal persiapan pra operasi telah dijalankan pada pasien di RSUD Sari Asih Ciledug. Hal ini menarik minat peneliti.

B. Rumusan Masalah

Tahapan sebelum operasi meliputi persiapan fisik, persiapan mental atau psikologis, latihan praoperasi, persetujuan tindakan operasi, dan pemberian obat premedikasi, didasarkan atas latar belakang yang telah dipaparkan. Setiap pasien mengalami kecemasan saat mengunjungi tempat operasi. Beberapa di antaranya disebabkan oleh pengalaman rawat inap sebelumnya, saran dari teman dan keluarga, atau ketidaktahuan (Muttaqin, 2009). Perawat dan dokter di RS Sari Asih Ciledug telah memberi informasi mengenai persiapan operasi kepada setiap pasien sesuai dengan Prosedur Operasional Standar. Oleh karena itu, para ilmuwan bersemangat untuk menjalankan penelitian lebih lanjut "Bagaimana Gambaran kecemasan Pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan Di Rumah Sakit Sari Asih Ciledug"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan di rumah sakit sari asih ciledug

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien pra operasi (jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan)
- b. Mengetahui tingkat kecemasan pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan

D. Manfaat Penelitian

1. Pasien

Pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan dapat merasakan kemanfaatan dari pengetahuan dari peneliti apa saja yang harus di persiapkan pasien sebelum pembedahan.

2. Bagi Peneliti

Menambah sebuah wawasan dan ilmu pengetahuan yang baru tentang gambaran pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan

3. Bagi Profesi

Sebagai informasi, pembaruan materi pembelajaran, kajian, dan bahan diskusi ilmu keperawatan tentang gambaran pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan. Sehingga dapat menyusun strategi intervensi yang tepat dalam upaya promotif, preventif, dan kuratif.

4. Bagi Peneliti Lainnya

Hasil penelitian ini memberi suatu tentang gambaran pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan. Yang diharapkan untuk penelitian selanjutnya bisa mengambil manfaat dari hasil penelitian ini untuk sumber pengetahuan dan keilmuannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menyajikan tentang konsep teoritis dasar yang menjadi landasan pada kerangka penelitian.

A. Konsep Terkait

1. Konsep pra operasi

a. Definisi

Fase pertama dari keperawatan perioperatif dikenal sebagai keperawatan praoperasi. Tahap ini sangat penting bagi keberhasilan prosedur pembedahan secara keseluruhan. Hal ini dikarenakan fase ini menjadi titik awal dan dasar keberhasilan tahap-tahap berikutnya. Pada titik ini, kesalahan dapat berakibat fatal di kemudian hari. Efektivitas suatu operasi bergantung pada evaluasi menyeluruh terhadap fungsi fisik, biokimia, dan psikologis pasien. (Ramadhan et al., 2023)

Perawatan praoperasi merupakan fase pertama dari perawatan pascaoperasi yang berlangsung sejak pasien tiba di ruang tunggu pasien hingga dipindahkan ke meja operasi (Hidayar & Siwi, 2019). Menurut Pefbrianti dkk. (2018), fase praoperasi pembedahan berlangsung sejak keputusan untuk melanjutkan pembedahan dibuat hingga pasien ditempatkan di meja operasi.

Tugas keperawatan praoperasi meliputi penilaian kondisi umum pasien, pengenalan potensi dan masalah keperawatan terkini, pengaturan asuhan keperawatan, konseling klien dan keluarga

sebelum pembedahan, dan persiapan penggunaan anestesi (Violetha, Mariati, Susanti, Mujimin, & Talib, 2021).

Menurut definisi yang diberi di atas, perawatan praoperasi ialah fase pembedahan yang dimulai saat pasien memutuskan ingin dioperasi dan berakhir saat pasien ditempatkan di meja operasi.

Setiap prosedur medis invasif yang melibatkan pembukaan atau pemaparan bagian tubuh yang dirawat disebut pembedahan atau operasi. Biasanya, sayatan dibuat untuk memaparkan bagian tubuh yang menjalani pembedahan. Setelah area tersebut terbuka, luka ditutup dan dijahit untuk menyelesaikan perbaikan (Sjamsuhidayat & Jong, 2017). Pembedahan diterapkan untuk mendiagnosis atau mengobati penyakit, cedera, atau kecacatan serta masalah yang tidak dapat disembuhkan atau tidak dapat diobati dengan obat-obatan yang dijual bebas (Potter, PA, Perry, 2016). Tujuan pembedahan ialah untuk menyelamatkan nyawa pasien, menghindari komplikasi, dan meminimalkan kecacatan. Di sisi lain, komplikasi akibat pembedahan atau prosedur lain dapat membahayakan nyawa pasien. Pasien, jenis pembedahan, dan penyakit pasien merupakan tiga variabel utama dalam pembedahan. Pembedahan dan prosedur lain merupakan pengalaman yang menakutkan bagi banyak orang. Melibatkan pasien dalam semua prosedur pra operasi sangatlah penting (Potter, PA, Perry, 2016).

b. Persiapan pre operasi

Perawatan pra operasi merupakan fase pertama dari perawatan perioperatif, di mana pasien membuat keputusan untuk menjalani pembedahan hingga berada di meja operasi. Untuk memenuhi tuntutan pasien dan memastikan keberhasilan prosedur, perawat memiliki tanggung jawab untuk menjalankan penilaian status fisiologis dan psikologis pasien (Apriliani, 2019). Pada tahun 2019. Fadli dkk.

Syamsuhidajat (2010) menyatakan bahwasanya di ruang operasi, pasien bedah dipersiapkan dengan:

1) Persiapan Fisik Beberapa persiapan fisik yang harus dijalankan pada pasien pre operasi ialah:

a) Status Kesehatan Fisik Secara Umum

Ini meliputi informasi tentang identitas pasien, riwayat medis masa lalu, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, endokrin, dan sistem kekebalan tubuh, antara lain.

Lebih jauh, pasien diharapkan tidur yang cukup untuk mencegah ketegangan fisik dan meningkatkan relaksasi tubuh.

b) Status Nutrisi

Kebutuhan gizi harus diukur dengan mempertimbangkan status gizi pasien. Tinggi badan, berat badan, lingkaran lengan atas, lipatan trisep, kadar protein darah (albumin dan globulin), dan keseimbangan nitrogen diterapkan untuk mengevaluasi kebutuhan gizi. Pasien diharapkan mengonsumsi cukup

protein sebelum operasi untuk memulihkan jaringan yang rusak. Malnutrisi akan menyebabkan komplikasi pasca-operasi seperti infeksi, penyembuhan luka yang tertunda, dan pasien harus dirawat di rumah sakit lebih lama.

c) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Fungsi ginjal dan keseimbangan cairan dan elektrolit saling terkait. Sistem asam-basa dan eliminasi metabolik obat anestesi diatur oleh ginjal. Oleh karena itu, keseimbangan cairan harus diperhatikan untuk memastikan operasi yang optimal.

d) Mencukur bagian tubuh yang dioperasi bertujuan untuk mencegah infeksi karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat persembunyian kuman dan dapat menghambat proses anestesi dan penyembuhan luka. Meskipun demikian, ada beberapa keadaan seperti pasien dengan luka sayatan di lengan di mana pencukuran tidak diperlukan sebelum operasi.

Kehati-hatian harus dijalankan saat mencukur (scheren) untuk menghindari cedera pada bagian tubuh yang telah dicukur. Pasien sering kali ditawari pilihan untuk mencukur sendiri guna meningkatkan tingkat kenyamanan mereka. Jenis operasi dan lokasi yang akan dioperasi menentukan area mana yang dicukur.

e) Personal Hygiene

Tubuh yang tidak bersih merupakan tempat berkembang biaknya patogen. Oleh karena itu, dianjurkan bagi individu yang menjalani tujuh operasi bedah untuk mandi dan membersihkan tempat operasi dengan sabun.

f) Pengosongan kandung kemih

Pasien yang menjalani operasi akan dipasang kateter sebagai bagian dari prosedur ini. Selain itu, keseimbangan cairan dapat diamati dengan menerapkan kateter untuk mengosongkan kandung kemih.

2) Persiapan penunjang

Radiologi, lab, EKG, dan persiapan pendukung lainnya yang dijalankan sebelum operasi

3) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan fisik anestesi perlu dijalankan untuk memastikan keselamatan selama operasi. Untuk menentukan tingkat risiko yang terkait dengan anestesi, evaluasi kondisi fisik pasien akan dijalankan sebelum prosedur pembedahan yang melibatkan anestesi. Pemeriksaan yang dijalankan dengan menerapkan teknik *American Society of Anesthesiologists* (ASA) sering diterapkan. Alasan penilaian ini ialah karena metode dan

pengobatan anestesi sering mengganggu aktivitas sistem neurologis, peredaran darah, dan pernapasan.

4) Inform consent

Pertimbangan hukum, kewajiban, dan tanggung jawab sehubungan dengan pasien ialah persetujuan yang diinformasikan. Informasi tentang pemeriksaan, pembedahan, dan prosedur anestesi akan dikumpulkan sebelum prosedur. Selanjutnya, pernyataan persetujuan untuk pembedahan harus ditandatangani oleh pasien dan keluarganya, yang menegaskan bahwasanya mereka mengetahui tujuan, risiko, keuntungan, dan kerugian prosedur tersebut.

5) Persiapan mental

Kondisi fisik pasien akan dipengaruhi oleh kondisi emosional mereka sebelum operasi. Hal ini terjadi sebagai akibat dari reaksi stres fisiologis dan psikologis yang ditimbulkan oleh pembedahan, yang dapat menimbulkan ancaman terhadap integritas seseorang. Tanda-tanda fisik kekhawatiran pasien sebelum pembedahan meliputi tekanan darah, denyut jantung, dan pernapasan yang meningkat; tangan gemetar tak terkendali, telapak tangan basah; gelisah; mengajukan pertanyaan yang sama berulang kali; kesulitan tidur; dan sering buang air kecil. Merupakan tanggung jawab perawat untuk mengevaluasi strategi penanganan pasien dalam menangani stres. Selain itu, perawat dapat membantu pasien merasa tidak

terlalu cemas dengan mengambil tindakan pelengkap. Ada terapi pelengkap lain yang dapat diterapkan, seperti pijat, yoga, konseling, dan lain-lain (Apriliani, 2019).

6) Latihan Pra Operasi

Pasien harus menjalankan berbagai latihan sebelum pembedahan karena ini akan membantu mereka mengatasi komplikasi pascaoperasi dengan lebih baik, seperti nyeri di sekitar lokasi pembedahan, batuk, dan banyak lendir di tenggorokan. Sebelum pembedahan, pasien diberi latihan berikut:

a) Latihan Nafas Dalam

Pasien merasa bahwasanya latihan bernapas dalam membantu mereka rileks, yang meningkatkan kemampuan mereka untuk mengatasi rasa sakit dan mengurangi rasa sakit setelah operasi. Latihan ini juga membantu pasien tidur lebih baik. Setelah anestesi umum, metode ini dapat membantu meningkatkan oksigenasi darah dan ventilasi paru-paru. Bergantung pada kebutuhan dan kondisi mereka, pasien dapat menjalankan latihan pernapasan dalam segera setelah operasi dengan menjalankannya dengan tepat.

b) Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama jika mereka menjalani operasi anestesi umum, karena pasien akan dibius selama pemasangan alat bantu pernapasan. Pasien akan merasakan sakit di tenggorokan saat sadar, dengan tenggorokan penuh lendir kental. Setelah operasi, batuk mengeluarkan sekresi atau lendir dapat menjadi latihan yang sangat membantu bagi pasien.

c) Latihan gerak sendi sangat penting bagi pasien untuk memastikan bahwasanya mereka dapat menyelesaikan rentang gerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan segera setelah operasi. Persepsi pasien dan keluarga mereka tentang bagaimana mereka harus bergerak setelah operasi sering kali salah. Banyak pasien ragu untuk bergerak karena takut jahitan operasi robek atau proses penyembuhan luka mereka akan lama. Pandangan ini jelas tidak tepat karena pasien akan mengaktifkan usus mereka (peristaltik usus) lebih cepat jika mereka langsung berjalan setelah operasi, yang akan mendorong mereka untuk kentut atau flatus lebih cepat. Mencegah penumpukan lendir dalam sistem pernapasan, serta kontraktur sendi dan dekubitus, merupakan manfaat tambahan. Meningkatkan fungsi pernapasan yang memadai dan

mencegah stasis vena merupakan dua tujuan lain dari peningkatan sirkulasi.

a) Konsep pembedahan

1) Definisi pembedahan

Salah satu langkah selanjutnya dalam menangani pasien gawat darurat di rumah sakit ialah pembedahan, atau operasi. Pembedahan ialah jenis perawatan medis yang melibatkan pembuatan sayatan untuk mengekspos dan memperlihatkan area tubuh yang akan dirawat. Lokasi sayatan kemudian dijahit hingga tertutup untuk menyelesaikan prosedur (Baradero, 2014). Bidang pembedahan merupakan bidang yang sangat dibutuhkan oleh seluruh dunia kesehatan.

Salah satu langkah selanjutnya setelah perawatan gawat darurat, tergantung pada kesehatan pasien, ialah pembedahan. Pembedahan ialah perawatan medis invasif yang melibatkan pembuatan sayatan untuk membuka komponen tubuh dan kemudian menjahit atau menutup area tersebut. Insisi dibuat pada bagian tubuh yang perlu dirawat dan diperbaiki selama pembedahan atau operasi, yang merupakan proses medis invasif yang melibatkan pembukaan atau pemaparan bagian tubuh. Luka kemudian ditutup dan dijahit (Apriansyah, Romadoni & Andrianovita, 2015).

Menurut *International Journal of Surgery and Surgical Procedures* (2017) operasi ialah “*branch of medicine that concerned with manual and in instrumental techniques on a patient to investigate and/or treat a pathological condition such as disease or injury, to help improve*

bodily function or appearance or to repair unwanted ruptured areas. The act of performing surgery is called a surgical procedure, operation, or simply surgery”, yang diterjemahkan menjadi “cabang dari ilmu medis yang memberi perhatian kepada langkah manual dan instrumen (alat). kepada pasien untuk menginvestigasi atau menyembuhkan kondisi patologis seperti penyakit atau cedera, untuk meningkatkan fungsi tubuh atau mengangkat bagian tubuh yang tidak penting”.

Operasi bedah merupakan tindakan medis yang dapat membantu menyelamatkan nyawa seseorang karena alasan patologis atau untuk tujuan lain dengan membuang komponen tubuh yang tidak diperlukan, sebagaimana bisa diambil simpulan dari definisi yang diberi di atas.

2) **Klasifikasi pembedahan**

Menurut Brunner & Sudarth (2010) operasi dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a) **Bedah mayor**

Bedah mayor seperti operasi caesar, mammogram, operasi toraks, dan operasi otak, didefinisikan sebagai operasi yang relatif lebih sulit dijalankan daripada operasi minor, memerlukan waktu lebih lama, membahayakan nyawa pasien, dan memerlukan dukungan asisten.

b) Bedah minor

Bedah minor mencakup prosedur seperti pembersihan luka, inokulasi, neurotomi superfisial, tenotomi, pembukaan abses superfisial, dan inokulasi yang sangat mudah, tidak menimbulkan risiko bagi nyawa pasien, dan dapat dijalankan tanpa memerlukan asisten.

c) Bedah Emergency

Bedah emergency didefinisikan sebagai operasi yang harus segera dijalankan karena kondisi yang mengancam jiwa, seperti pendarahan serius atau luka bakar yang sangat signifikan, dan tidak boleh ditunda.

d) Bedah elektif

Bedah elektif didefinisikan sebagai operasi yang dijalankan saat benar-benar penting dan tidak terlalu mengancam jiwa jika tidak terlalu penting. Contohnya termasuk perbaikan vagina dan hernia minor.

Debas dan rekan-rekannya (2015) mengumpulkan informasi dari beberapa sumber yang menampakkan bahwasanya di negara-negara berpendapatan rendah, pembedahan biasanya dijalankan dalam keadaan darurat dan bahwasanya kematian terkait pembedahan bukanlah hal yang tidak biasa di wilayah-wilayah ini. Beberapa penyebabnya meliputi:

- a. Kekurangan tenaga medis yang ahli dalam pembedahan;
- b. Kurangnya pendidikan berkelanjutan, pengawasan, dan pengelolaan unit operasi perifer (seperti perangkat keras) untuk

mendukung prosedur operasi; dan Kurangnya pengembangan keterampilan.

- c. Mekanisme yang tidak memadai untuk menjamin ketersediaan obat-obatan dan perlengkapan lainnya;
- d. Pemeliharaan staf medis dan sistem peralatan diagnostik dan terapi yang tidak memadai;
- e. Kekurangan peralatan medis yang dapat diandalkan untuk pasien yang membutuhkan perhatian medis segera.

3) **Prosedur Operasi**

Dokter akan memberi tahu pasien tentang waktu operasi dan prosedur utama sebelum operasi, yakni pemberian anestesi, setelah pasien menampakkan kesiapannya dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah diinformasikan. Hal ini dijalankan sebagai upaya untuk mencegah pasien merasa tidak nyaman selama prosedur berlangsung. Menurut Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2018), ada tiga jenis anestesi:

- 1) Anestesi lokal: karena prosedurnya ringan, anestesi ini diterapkan di tempat-tempat kecil
- 2) Anestesi regional: diterapkan pada bagian tubuh yang lebih besar seperti tangan, kaki, atau tubuh bagian bawah
- 3) Anestesi general: Ketika pasien tidak dapat atau tidak mau menerima anestesi lokal atau regional, anestesi umum diterapkan untuk operasi besar. Dengan anestesi jenis ini, pasien akan dibuat

tidak sadarkan diri, tidak akan merasakan sensasi apa pun, dan tidak akan mengingat detail prosedur apa pun.

Dokter bedah akan dibantu oleh perawat dan staf medis berkualifikasi lainnya selama prosedur berlangsung. Selama prosedur berlangsung, seorang ahli anestesi akan mengawasi pernapasan dan fungsi hati pasien. Ketika memilih anestesi umum, pasien bedah akan dilengkapi dengan peralatan medis khusus, seperti tabung oksigen.

Tahap perawatan lanjutan ialah tahap berikutnya. Setelah prosedur selesai, pasien sekarang akan dibawa ke ruang pemulihan. Dengan menerapkan serangkaian alat, perawat dan dokter akan memantau tekanan darah dan detak jantung pasien saat mereka menjalani "perianestesia". Pasien biasanya mengalami efek samping seperti nyeri, mual, dan kelelahan setelah prosedur.

Sangat penting untuk memberi tahu staf medis jika pasien merasakan nyeri yang terlalu hebat sehingga tidak dapat ditangani karena hal ini dapat menghambat pemulihan mereka. Hanya dengan begitu, pengobatan khusus dapat diterapkan untuk meredakan ketidaknyamanan tersebut. Pasien yang menjalani jenis operasi tertentu harus menjalani rehabilitasi, yang dapat memakan waktu berminggu-minggu, dan mereka harus dirawat di rumah sakit atau diawasi di luar rumah sakit. Tujuan terapi ini ialah memulihkan kesehatan fisik dan mental pasien, sehingga mereka dapat kembali beraktivitas seperti biasa.

3. Gambaran pasien pra operasi

a. Konsep pengetahuan

1) Pengertian Pengetahuan

Proses mengetahui mengarah pada pengetahuan, yang terjadi saat seseorang mendeteksi objek tertentu. Kelima indra manusia : penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan peraba diterapkan untuk merasakan. Mata dan pendengaran merupakan sumber utama informasi manusia (Notoatmodjo, 2014). Tindakan seseorang sangat dipengaruhi oleh pengetahuan atau ranah kognitif (overt behaviour). Terdapat enam tingkatan pengetahuan dalam ranah kognitif (Notoatmodjo, 2014; Yusro, 2011), yakni sebagai berikut:

a) Tahu (know)

Tahu ialah definisi mengingat kembali konten yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkat pengetahuan ini mencakup kemampuan mengingat kembali informasi tertentu dari semua sumber dan stimulus yang dipelajari. Dengan demikian, tingkat pengetahuan terendah ialah mengetahui.

b) Memahami (comprehension)

Kemampuan untuk menjelaskan secara akurat suatu objek yang dikenal dan menafsirkan konten dengan benar disebut sebagai pemahaman. Setelah mempelajari tujuan materi, pembaca mampu membenarkan, mengilustrasikan, menarik

kesimpulan, membuat prediksi, dan banyak lagi tentang subjek studi.

c) Aplikasi (aplication)

Application (Penerapan) mengacu pada kapasitas untuk menerapkan materi yang telah dipelajari sebelumnya dalam konteks yang autentik. Penggunaan atau penerapan aturan, prosedur, ide, dan sebagainya dalam satu pengaturan atau lainnya disebut sebagai aplikasi dalam konteks ini.

d) Analisis (analysis)

Kemampuan untuk memecah materi atau objek menjadi bagian-bagian komponennya sambil mempertahankan kerangka organisasi dan hubungan di antara mereka dikenal sebagai analisis.

e) Sintesis (synthesis)

Kemampuan untuk mengatur atau menggabungkan bagian-bagian untuk membentuk keseluruhan baru disebut sintesis. Dengan kata lain, kemampuan untuk menciptakan formulasi baru dari formulasi baru dikenal sebagai sintesis.

f) Evaluasi (evaluation)

Kapasitas untuk mengevaluasi atau membenarkan suatu zat atau barang terhubung dengan evaluasi. Evaluasi ini didasarkan pada kriteria yang sudah ada sebelumnya atau pada kriteria yang ditetapkan sendiri.

2) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh sejumlah elemen

(Fadli et al., 2019), termasuk:

a) Faktor Internal meliputi:

I. Umur

Masyarakat yang lebih dewasa akan lebih percaya daripada masyarakat yang orang-orangnya belum cukup dewasa. Semakin tua seseorang, semakin kuat mereka, dan semakin matang mereka dalam berpikir dan bertindak dalam hal kepercayaan. Ini ialah hasil dari pengalaman jiwa (Nursalam, 2011).

II. Pengalaman

Ungkapan "(experience is the best teacher)" dapat berarti bahwasanya pengetahuan dapat diperoleh melalui pengalaman atau bahwasanya informasi dapat diperoleh melalui pengalaman dalam bentuknya yang paling benar. Akibatnya, upaya untuk belajar juga dapat dijalankan dengan menerapkan pengalaman pribadi. Hal ini dicapai dengan menerapkan pengetahuan yang dipelajari untuk memecahkan kembali situasi yang pernah dihadapi sebelumnya (Notoadmodjo, 2010)

III. Pendidikan

Pengetahuan bertambah seiring dengan tingkat pendidikan seseorang. Di sisi lain, sikap seseorang terhadap nilai-nilai

yang baru diperkenalkan tidak akan berkembang dengan baik jika mereka memiliki pendidikan yang lebih rendah (Nursalam, 2011).

IV. Pekerjaan

Pekerjaan sangat penting, terutama untuk menafkahi keluarga dan diri sendiri (Thomas 2007, dalam Nursalam 2011). Pekerjaan lebih merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, monoton, dan menantang daripada sumber kesenangan (Frich 1996 dalam Nursalam, 2011).

V. Jenis kelamin

Gender merupakan atribut yang diproduksi secara historis dan budaya yang bersifat bawaan pada pria dan wanita.

b. Kecemasan

1) Pengertian

Menurut Herdman (2018), kecemasan ialah luapan emosi yang terkait dengan faktor eksternal dan mekanisme coping yang diterapkan seseorang untuk melewati keadaan yang menantang. Kecemasan dapat memengaruhi kehidupan seseorang secara positif dan negatif. Kecemasan ialah tanda peringatan yang memberi tahu seseorang bahwasanya ada sesuatu yang salah dan memberi mereka kesempatan untuk menjalankan sesuatu tentang hal itu. Kecemasan dan stres dapat memicu gejala depresi atau kecemasan sebelum operasi besar atau kecil. Stres kronis melelahkan tubuh dan pikiran, yang menyebabkan sejumlah penyakit atau gejala. Muttaqin dikutip oleh Kurniawan (2018). (Kosanke, 2019)

Perasaan dan kecemasan yang tidak spesifik, seperti kegelisahan, ketidakberdayaan, kesepian, dan ketidakpastian, ialah tanda-tanda kecemasan. Kecemasan ialah perasaan tanpa objek tertentu yang terkait dengannya. Hal ini merupakan hasil dari hal yang tidak diketahui dan datang bersama semua pengalaman baru, seperti memulai karier baru, bersekolah, atau menjadi orang tua (Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016 dalam Setyawan, 2019). Menurut Smalltzer & Bare (2013) dalam Astuti (2018), kecemasan pra operasi merupakan respons antisipatif pasien terhadap suatu peristiwa yang mereka anggap berisiko terhadap kesejahteraan fisik mereka, peran mereka dalam kehidupan, atau bahkan kehidupan mereka sendiri

2) Rentang respon ansietas

a) Respon Adaktif

Orang yang mampu menerima dan mengendalikan kecemasan mereka akan melihat hasil yang positif. Kecemasan mungkin merupakan tantangan, insentif yang kuat untuk mengatasi masalah, dan cara untuk mencapai manfaat besar. Kecemasan biasanya dikelola oleh seseorang dengan menerapkan taktik adaptif, seperti berbicara dengan orang lain, menangis, tidur, berolahraga, dan mempraktikkan teknik relaksasi (Operasi et al., 2019)

b) Respon Maladaktif

Orang yang tidak mampu mengendalikan kecemasannya akan menerapkan strategi penanganan yang tidak sehat dan tidak konsisten dengan orang lain. Perilaku agresif, ucapan yang tidak masuk akal, mengisolasi diri,

makan berlebihan, minum alkohol, berjudi, dan menyalahgunakan narkoba hanyalah beberapa contoh strategi penanganan yang tidak adaptif.

3) Klasifikasi kecemasan

Kecemasan dibagi menjadi empat tingkat, yakni (Stuart, 2016):

a) Kecemasan ringan

Orang dengan kecemasan ringan lebih sadar akan lingkungan sekitar dan memiliki jangkauan persepsi yang lebih luas, yang terkait dengan stres dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan memiliki kekuatan untuk menginspirasi pertumbuhan, pembelajaran, dan inovasi.

b) Kecemasan Sedang

Orang dengan kecemasan sedang memiliki jangkauan yang lebih selektif tetapi masih mampu berkonsentrasi pada tugas-tugas tertentu dengan membiarkan mereka mengabaikan gangguan yang tidak penting dan berkonsentrasi pada hal-hal yang penting.

c) Kecemasan Berat

Kecemasan yang cukup parah hingga membatasi bidang persepsi seseorang. Setiap tindakan dimaksudkan untuk meredakan ketegangan. Orang membutuhkan banyak bimbingan agar dapat berkonsentrasi pada hal-hal lain.

d) Panik

Rasa heran, khawatir, dan takut semuanya berhubungan dengan tingkat kepanikan akibat kecemasan. Orang yang merasa takut tidak mampu bertindak, bahkan ketika diberi instruksi, dan

akibatnya, segala sesuatunya menjadi tidak terkendali dan menjadi terlalu terperinci. Tingkat kecemasan yang tinggi dalam jangka panjang dapat menyebabkan kelelahan dan bahkan kematian.(Putri et al., 2022)

4) Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2016), ada dua kategori faktor yang memengaruhi kecemasan pasien:

a) Faktor Intrinsik

Tiga faktor intrinsik yang mempengaruhi tingkat kecemasan, ialah:

1) Usia

Gangguan kecemasan dapat menyerang pada usia berapa pun, meskipun paling sering terjadi pada usia dewasa dan lebih umum terjadi pada wanita berusia antara 21 dan 45 tahun.

2) Pengalaman pasien menjalani tindakan medis

Tingkat kecemasan akan meningkat setelah menjalani operasi jika pasien belum pernah menjalani anestesi atau operasi sebelumnya.

3) Konsep diri

Individu yang memainkan peran ganda dalam keluarga dan masyarakat sering kali menderita kecemasan berlebihan akibat kurangnya konsentrasi.

b) Faktor Ekstrinsik

1) Kondisi medis

Meskipun insiden penyakit berbeda untuk setiap kondisi medis, gejala kecemasan yang terkait dengan penyakit medis sering

ditemui. Misalnya, tingkat kecemasan pasien akan terpengaruh jika mereka mendapatkan diagnosis bedah didasarkan atas hasil pemeriksaan.

2) Tingkat pendidikan

Definisi pendidikan setiap orang itu unik. Pendidikan dapat membantu mengubah proses mental, perilaku, dan pengambilan keputusan seseorang. Menjadi terdidik dengan baik akan memudahkan identifikasi pemicu stres baik dari dalam maupun luar individu. Kesadaran dan pemahaman terhadap rangsangan juga dipengaruhi oleh pencapaian pendidikan.

3) Akses informasi

Informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber, dan akses terhadapnya merupakan pemberitahuan tentang sesuatu sehingga individu dapat membuat opini mereka didasarkan atas apa yang mereka ketahui.

4) Proses adaptasi

Adaptasi manusia bergantung pada respons perilaku yang berkelanjutan terhadap rangsangan internal dan eksternal (lingkungan) yang dihadapi orang. Tindakan adaptasi sering kali mendorong orang untuk mencari bantuan dari sumber daya lokal dalam konteks mereka saat ini. Di lingkungan rumah sakit, perawat merupakan sumber daya yang berharga karena mereka memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk membantu pasien dalam

mendapatkan kembali atau mencapai keseimbangan diri saat menyesuaikan diri dengan lingkungan baru.

5) Tingkat sosial ekonomi

Sudah diketahui umum bahwasanya orang-orang di kelas sosial ekonomi rendah lebih mungkin menderita masalah kejiwaan. Pola gangguan kejiwaan juga berkorelasi dengan status sosial ekonomi. Klien yang menjalani operasi atau anestesi mungkin mengalami kekhawatiran yang meningkat karena kondisi ekonomi yang buruk atau tidak mencukupi.

6) Jenis tindakan

Tubuh dan jiwa seseorang mungkin dalam bahaya, sehingga jenis tindakan, kelas tindakan, dan terapi medis tertentu dapat membuat mereka cemas. Tingkat kekhawatiran pasien akan meningkat seiring dengan pengetahuan Anda tentang anestesi dan operasi.

Dalam Harlina (2018), Kaplan & Sadock mencantumkan karakteristik pasien yang dapat memengaruhi kecemasan.

1) Jenis kelamin

Meskipun gangguan kecemasan memengaruhi orang-orang dari semua jenis kelamin, gangguan ini mayoritas memengaruhi wanita dan lebih sering memengaruhi mereka.

2) Umur

Meskipun kecemasan dapat menyerang siapa saja pada usia berapa pun, masalah kecemasan lebih umum terjadi pada orang dewasa.

Kecemasan paling umum terjadi pada orang berusia antara 21 dan 45 tahun.

3) Tingkat Pendidikan

Pendidikan berfungsi untuk mengubah perilaku, cara berpikir, dan cara membuat keputusan seseorang. Memperoleh pendidikan yang cukup memudahkan identifikasi tekanan eksternal dan internal. Tingkat pendidikan dapat berdampak pada kesadaran dan pemahaman stimulus.

1) Pengalaman pembedahan

Titik awal penting yang memengaruhi kondisi mental seseorang di kemudian hari ialah pengalaman pasien dengan terapi, seperti pembedahan. Kecemasan dapat muncul ketika dihadapkan dengan tindakan yang akan dijalankan jika tidak ada pengalaman tindakan yang lebih sedikit.

5) Manifestasi kecemasan

Stuart (2016) menyatakan bahwasanya perubahan dalam respons fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif dapat menjadi tanda reaksi kecemasan. Ini termasuk:

1) Respon fisiologis

a) Sistem kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar-debar, tekanan darah tinggi dan rendah, pusing, dan detak jantung melambat.

b) Sistem pernafasan: napas pendek, terengah-engah, sensasi tersedak, napas cepat, tekanan dada, dan napas pendek.

- c) Sistem neuromuskular: refleks meningkat, mata terkulai, sulit tidur, gemetar, agitasi, wajah tegang, kaku, kelemahan menyeluruh, kaki gemetar.
- d) Sistem gastrointestinal: mual, muntah, diare, kehilangan nafsu makan, dan penolakan untuk makan.
- e) Sistem traktus urinarius: sering buang air kecil, ketidakmampuan menahan kencing.
- f) Sistem integumen: wajah pucat, kemerahan, gatal, sensasi panas dan dingin pada kulit, dan keringat di seluruh tubuh.
- 2) Respon perilaku : agitasi, ketegangan di tubuh, gemetar, bicara tidak jelas, tidak terkoordinasi, menarik diri dari interaksi sosial, menghindari situasi, melarikan diri dari bahaya, dan kerentanan terhadap cedera.
- 3) Respon kognitif: kreativitas berkurang, disorientasi, fokus buruk, pelupa, penilaian buruk, dan hambatan berpikir.
- 4) Respon Afektif: meliputi hambatan dalam berpikir, bidang persepsi yang menyempit, menurunnya kreativitas dan produktivitas, kebingungan, kewaspadaan berlebihan, kewaspadaan yang meningkat, hilangnya objektivitas, kecemasan akan kehilangan kendali, kecemasan akan gambaran visual, kecemasan akan cedera, ketidaksabaran, gemetar, gelisah, dan mudah teralihkan.

6) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam mengurangi kecemasan diantaranya yakni:

1) Farmakologi : Obat anti-kecemasan dan anti-depresan ialah dua golongan obat utama yang perlu dipertimbangkan saat menangani gangguan kecemasan. Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) ialah antidepresan, sedangkan buspirone dan benzodiazepin ialah obat anti-kecemasan.

2) Non farmakologi

a) Terapi perilaku

Melalui pengaturan stres emosional yang terkait dengan kecemasan, terapi perilaku atau teknik relaksasi juga dapat diterapkan untuk mengurangi stres. Kecemasan dapat dikurangi jika otot-otot yang kaku dapat dibuat lebih rileks (Stuart, 2016).

b) Terapi kognitif

Teknik untuk menangani kecemasan yang melibatkan pengalihan perhatian pasien dari kecemasan mereka dengan berfokus pada hal-hal lain dan membuat mereka melupakan ketakutan mereka (Potter & Perry, 2014).

c) Psikoterapi

Mempromosikan reaksi adaptif pada klien dengan kecemasan memerlukan pendidikan. Kebutuhan edukasi kesehatan setiap klien dapat ditentukan oleh perawat, yang kemudian dapat

membuat rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Stuart, 2016).

7) Alat ukur kecemasan

Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) merupakan instrumen yang banyak diterapkan, mudah dipahami, dan dapat dipercaya untuk mengevaluasi kecemasan praoperasi (Huda, 2016).

APAIS versi Indonesia (Perdana, dkk 2015) terdiri dari enam item questioner yakni :

- 1) “Mengetahui anestesi”
 - a) Saya takut dibius (1, 2, 3, 4, 5).
 - b) Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan (1, 2, 3, 4, 5).
 - c) Saya ingin tahu sejumlah mungkin tentang pembiusan (1, 2, 3, 4, 5).
- 2) Mengenai pembedahan/ operasi
 - a) Saya takut di operasi (1, 2, 3, 4, 5)
 - b) Saya terus menerus memikirkan tentang operasi (1, 2, 3, 4, 5)
 - c) Saya ingin tahu sejumlah mungkin tentang operasi (1, 2, 3, 4, 5)

Jadi tingkat kecemasan dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) 7–12 : Kecemasan ringan.
- 2) 13–18 : Kecemasan sedang.
- 3) 19–24 : Kecemasan berat.
- 4) 25–30 : Kecemasan berat sekali/panik”.

Menurut sebuah studi Kanada yang dijalankan oleh Boker, APAIS ialah alat baru yang menjanjikan untuk mengukur kecemasan praoperasi jika dibanding dengan STAI. Boker menemukan hubungan yang menguntungkan antara STAI dan APAIS. APAIS versi Jerman ialah instrumen yang valid dan dapat dipercaya, menurut temuan studi pertama tentang penggunaan instrumen tersebut pada populasi Jerman. Menurut sebuah studi Kunthonluxamee yang dijalankan di Thailand, ada hubungan yang kuat antara APAIS dan STAI. Temuan-temuan ini mendukung kesimpulan bahwasanya APAIS ialah alat yang mudah dipahami, bermanfaat, valid, dan tepercaya untuk mengukur kecemasan praoperasi (Perdana et al., 2016).

Salah satu alat khusus yang diterapkan untuk mengukur kecemasan praoperasi ialah APAIS. Secara umum, kuesioner APAIS dapat diterapkan untuk mengevaluasi dua faktor: tuntutan informasi dan kecemasan. (2016) Perdana et al. Enam pertanyaan singkat menyusun kuesioner APAIS. Empat pertanyaan, bernomor 1, 2, 4, dan 5, mengukur kecemasan pasien terhadap anestesi dan prosedur pembedahan, masing-masing dengan dua pertanyaan; dua pertanyaan sisanya, bernomor 3 dan 6, mengukur kebutuhan informasi.

c. Puasa pra operasi

Puasa praoperasi ialah larangan asupan cairan atau makanan padat oral selama jangka waktu yang telah ditentukan sebelum prosedur pembedahan. Menurunkan risiko aspirasi paru

merupakan tujuan utama puasa pasien praoperasi. Aspirasi isi lambung yang terjadi selama anestesi, setelah induksi, atau tepat setelah operasi dikenal sebagai aspirasi paru perioperatif. Puasa praoperasi bagi pasien yang menjalani operasi elektif telah diuraikan dalam pedoman praktik yang dirilis oleh *American Society of Anesthesiologists* (ASA). Panduan praktik tersebut telah diperbaharui pada tahun 2017 dengan judul “*Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: An Update Report*”.

Pedoman praktik tersebut bertujuan untuk menurunkan risiko aspirasi paru perioperatif dan komplikasinya dengan menawarkan rekomendasi tentang puasa praoperasi dan penggunaan obat-obatan. Pedoman tersebut mencakup penggunaan obat-obatan untuk menurunkan keasaman dan volume lambung selain puasa. Obat-obatan ini harus diterapkan untuk memberi anestesi yang efektif dan berkualitas tinggi, serta untuk memaksimalkan kepuasan pasien, mencegah penundaan dan pembatalan prosedur medis, menurunkan risiko hipoglikemia atau dehidrasi akibat puasa yang lama, dan meminimalkan morbiditas perioperatif. Pneumonia aspirasi, ketidaknyamanan pernapasan, dan morbiditas lainnya ialah contoh komplikasi aspirasi. Prosedur evaluasi praoperasi dan persiapan pasien meliputi pencegahan aspirasi paru perioperatif.

1. Rekomendasi untuk penilaian pra operasi

Evaluasi praoperasi meliputi pemeriksaan fisik, riwayat pasien, dan studi catatan medis. Evaluasi ini juga meliputi:

- a) Sebagai bagian dari evaluasi praoperasi, lakukan peninjauan catatan medis yang relevan dan lakukan pemeriksaan fisik dan riwayat pasien. Penilaian status fisik ASA pasien, usia, jenis kelamin, jenis operasi, dan kemungkinan manajemen jalan napas yang menantang harus menjadi bagian dari riwayat medis, pemeriksaan fisik, dan riwayat. Kondisi berikut perlu diperhatikan: gejala disfagia, masalah motilitas gastrointestinal lainnya, penyakit metabolik (seperti diabetes melitus), yang dapat meningkatkan risiko regurgitasi dan aspirasi paru, dan penyakit refluks gastroesofageal.
- b) Sebelum prosedur, jelaskan kepada pasien mengapa puasa diperlukan dan mengapa itu diperlukan.
- c) Pastikan pasien mematuhi persyaratan puasa selama proses; jika puasa tidak sesuai, evaluasi risiko dan manfaatnya dengan mempertimbangkan jenis dan jumlah asupan cairan atau padat sebelum memulai operasi anestesi.

2. Pedoman minum air mineral

Hingga dua jam sebelum operasi yang melibatkan anestesi umum, anestesi regional, atau sedasi dan analgesia prosedural, konsumsi air diperbolehkan.

3. Pedoman menyusui ASI

Hingga empat jam sebelum perawatan elektif yang memerlukan anestesi umum, anestesi regional, atau sedasi dan analgesia prosedural, konsumsi ASI diperbolehkan.

4. Saran mengenai susu formula bayi

Hingga enam jam sebelum prosedur elektif yang memerlukan anestesi umum, anestesi regional, atau sedasi dan analgesia prosedural, susu formula bayi boleh dikonsumsi.

5. Pedoman untuk susu dan makanan padat

Hingga enam jam sebelum prosedur elektif yang memerlukan anestesi umum, anestesi regional, atau sedasi dan analgesia prosedural, makanan ringan dan susu boleh dikonsumsi. Dalam kasus daging, makanan berlemak, atau makanan yang digoreng, puasa yang diperpanjang (delapan jam atau lebih) mungkin diperlukan. Karena susu non-manusia dan makanan padat memiliki durasi pengosongan lambung yang sama, jumlah yang dikonsumsi harus diperhitungkan saat menentukan berapa lama berpuasa.

6. Rekomendasi stimulan gastrointestinal

Pasien yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami aspirasi paru dapat memperoleh manfaat dari penggunaan stimulan gastrointestinal praoperasi. Stimulan gastrointestinal praoperasi biasanya tidak diberi kepada individu yang berisiko tinggi mengalami aspirasi udara di paru-paru, tetapi untuk menurunkan risiko secara keseluruhan.

7. Pedoman untuk mencegah sekresi asam lambung

Pasien yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami aspirasi paru dapat memperoleh obat yang mencegah sekresi asam lambung sebelum operasi. Pasien yang tidak memiliki risiko aspirasi paru yang signifikan biasanya tidak diberi resep obat yang menekan pelepasan asam lambung sebelum operasi.

8. Rekomendasi antasida

Pasien yang berisiko lebih tinggi mengalami aspirasi paru dapat memperoleh antasida sebelum operasi. Antasida yang diberi tidak berbentuk bubuk

9. Rekomendasi Antiemetik

Pasien yang berisiko tinggi mengalami mual dan muntah setelah operasi dapat diberi resep antiemetik sebelum operasi. Untuk pasien dengan risiko aspirasi paru yang tidak

diketahui, pengobatan antiemetik praoperasi rutin tidak disarankan untuk meminimalkan risiko mual dan muntah

10. Saran mengenai antikolinergik

Tidak disarankan untuk menerapkan antikolinergik sebelum operasi untuk menurunkan risiko aspirasi paru.

d. Penatalaksanaan Nyeri

1) Defenisi nyeri

Menurut Mangku dan Senapathi (2018), nyeri ialah jenis pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan, kecenderungan kerusakan jaringan, atau kondisi yang menyiratkan kerusakan jaringan. Dua asumsi mengenai nyeri didasarkan pada batasan ini. Yang pertama ialah bahwasanya nyeri dirasakan sebagai sensasi tidak menyenangkan yang terkait dengan pengalaman emosional yang mengikuti kerusakan jaringan yang sebenarnya. Kami menyebut keadaan ini sebagai nyeri akut. Kedua, sensasi yang sama juga dapat dialami tanpa adanya cedera jaringan yang sebenarnya; ini disebut nyeri kronis (Mangku & Senapathi, 2018).

2) Mekanisme Nyeri

Menurut Mangku dan Senapathi (2018), obat analgesik merangsang reseptor nyeri, yang sering terletak di lapisan permukaan kulit serta di sejumlah jaringan tubuh. Hal ini

menyebabkan nyeri. Analgesik K, ion H, asam laktat, serotonin, bradikinin, histamin, dan prostaglandin semuanya akan menyebabkan reseptor nyeri menjadi aktif. Empat mekanisme yang menyebabkan nyeri, khususnya:

a) Transduksi

Proses di mana rangsangan yang tidak menyenangkan juga dikenal sebagai rangsangan yang menyakitkan menjadi aktif secara elektrik di ujung saraf dikenal sebagai transduksi.

b) Transmisi

Setelah transduksi, transmisi ialah proses pengiriman impuls melalui neuron sensorik. Serabut saraf A delta dan serabut C, yang merupakan neuron awal dari perifer ke sumsum tulang belakang, akan menyalurkan impuls ini.

c) Modulasi

Modulasi ialah proses di mana impuls nyeri yang mencapai tanduk posterior sumsum tulang belakang berinteraksi dengan sistem analgesik tubuh sendiri.

d) Persepsi

Merupakan hasil dari proses interaksi yang sulit dan berbeda yang pada akhirnya menghasilkan sensasi subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri.

3) Penggolongan Nyeri

Menurut Mangku dan Senapathi (2018) nyeri digolongkan menjadi:

a. Menurut jenisnya nyeri digolongkan sebagai berikut:

1) Nyeri nosiseptik

Nyeri yang mereda setelah rangsangan singkat dan tidak membahayakan jaringan. Karena nyeri jenis ini biasanya cepat berlalu, tidak diperlukan terapi khusus. Nyeri ini merupakan pengalaman fisiologis yang diperlukan dan dapat terjadi sebagai respons terhadap stimulus yang cukup kuat untuk membuat seseorang menyadari adanya stimulus yang berbahaya. Contohnya ialah nyeri akibat tusukan jarum dan nyeri yang dialami selama operasi (Suwondo, Meliala & Sudadi, 2017).

2) Nyeri neurogenik

Nyeri yang terjadi akibat disfungsi primer atau lesi pada sistem saraf tepi disebut nyeri neurogenik. Nyeri ini disebabkan oleh kerusakan pada jalur yang membawa serabut saraf tepi, sel kanker yang menyerang serabut saraf, dan terpotongnya saraf tepi (Wardani, 2014)

3) Nyeri psikogenik

Kecemasan dan kesedihan merupakan dua contoh penyakit mental yang terkait dengan nyeri psikogenik. Jika seseorang memiliki kondisi mental yang damai, ketidaknyamanan tersebut akan hilang (Wardani, 2014).

b. Menurut timbulnya nyeri

1) Nyeri akut

merupakan jenis nyeri yang terjadi akibat cedera jaringan, berlangsung hanya sebentar, dan hilang saat tubuh pulih (Suwondo dkk., 2017).

2) Nyeri kronik

Merupakan rasa tidak nyaman yang berlangsung lebih dari tiga bulan, terus berlanjut bahkan setelah penyebab awalnya sembuh, dan seringkali tidak dapat ditentukan secara tepat (Suwondo dkk., 2017).

c. Menurut derajatnya Nyeri menurut derajatnya (Mangku & Senapathi, 2018) dibagi menjadi:

- 1) Nyeri ringan didefinisikan sebagai nyeri yang berfluktuasi, terutama saat menjalankan tugas sehari-hari, dan hilang saat tidur.
- 2) Nyeri sedang didefinisikan sebagai rasa tidak nyaman yang berkelanjutan yang mengganggu aktivitas sehari-hari dan hilang saat pasien tidur.
- 3) Nyeri berat didefinisikan sebagai nyeri yang tidak hilang dan membuat penderita tidak dapat tidur sepanjang malam atau sering membangunkan mereka dengan rasa tidak nyaman.

4) Faktor – Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri (Astuti, 2018), antara lain:

- 1) Usia, kepekaan terhadap nyeri lebih tinggi pada orang tua dan bayi baru lahir.
- 2) Kelemahan, kelelahan membuat rasa sakit terasa lebih parah dan membuat pasien lebih sulit untuk mengatasinya.
- 3) Kesadaran dan persepsi rasa sakit dipengaruhi oleh aktivitas neurologis. Zat-zat farmakologis termasuk obat penenang, anestesi, dan analgesik juga memengaruhi cara orang merasakan dan bereaksi terhadap rasa sakit.
- 4) Dukungan dari keluarga dan teman: Reaksi seseorang terhadap penderitaan dapat dipengaruhi oleh kehadiran dan perilaku orang-orang terdekatnya.
- 5) Suku bangsa, nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan pengaruh budaya semuanya memengaruhi cara orang menangani rasa sakit.

5) Respon Tubuh Terhadap Nyeri

Sebagai reaksi terhadap rasa sakit, tubuh menjalankan hal-hal berikut (Ghassani, 2016 dalam Astuti, 2018):

- 1) Respons fisik yang meliputi peningkatan aliran darah perifer, peningkatan tekanan darah, takikardia, takipnea, dan pelepasan katekolamin.

- 2) Respons perilaku dimulai dengan fase antisipasi, di mana seseorang masih mampu memahami rasa sakit, dan berakhir dengan fase sensasi, di mana seseorang mengekspresikan rasa sakit dengan menangis, berteriak, menggeliat, meringkuk, atau bahkan berlari.
- 3) Respons psikologis berkaitan dengan pemahaman individu terhadap rasa sakit yang dialaminya.

6) Penilaian Nyeri

Skala nyeri yang dapat diterapkan menurut Suwondo dkk. (2017) diantaranya meliputi:

- 1) *Adjective rating scale*, yang mengukur rasa sakit dengan memilih salah satu tingkat berikut: tidak ada rasa sakit, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat, nyeri sangat berat, dan nyeri luar biasa.
- 2) *Visual analog scale*, yang menampakkan intensitas nyeri pada garis antara 1 dan 10 cm. Nyeri ringan didefinisikan sebagai VAS 0–3, nyeri sedang sebagai VAS 4–6, dan nyeri berat sebagai VAS 7–10.
- 3) *Numeric rating scale*, lebih mudah diterapkan daripada skala analog visual karena tidak memerlukan alat bantu visual dan memungkinkan pasien untuk mengekspresikan tingkat nyeri mereka secara langsung (0 berarti tidak nyeri dan 10 berarti nyeri berat)

7) Manajemen Nyeri

Mengurangi rasa sakit hingga tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien dikenal sebagai manajemen nyeri (Bulechek, et al., 2016). Sebelum memulai pengobatan nyeri, ada beberapa pedoman umum yang harus diikuti (Mangku & Senapathi, 2018) (Fitriah, t.t.), khususnya :

- 1) Memulai pemeriksaan dengan benar;
- 2) Mengidentifikasi penyebab dan tingkat nyeri secara akurat
- 3) Komunikasi yang efektif dengan keluarga pasien
- 4) Meminta pasien untuk terlibat aktif dalam perawatan mereka
- 5) Meyakinkan pasien bahwasanya nyeri mereka dapat dikelola
- 6) Mempertimbangkan harga perawatan dan intervensi
- 7) Menyusun rencana perawatan multidisiplin sesuai kebutuhan

e. Penatalaksanaan antibiotik pre operasi

Profilaksis, yang mengacu pada pencegahan, selanjutnya dibagi lagi menjadi profilaksis primer, sekunder, dan pemberantasan. Pencegahan infeksi pertama dikenal sebagai profilaksis infeksi primer. Pencegahan kekambuhan atau reaktivasi infeksi dikenal sebagai profilaksis sekunder. Eradikasi ialah proses pembuangan organisme pengkolonisasi agar tidak menjadi infeksi. Profilaksis primer antibiotik untuk pembedahan menjadi topik utama pembahasan dalam tinjauan pustaka ini. (Lukito, Johan Indra, 2019)

Kecuali dekolonisasi praoperatif atau penanganan infeksi yang sudah ada sebelumnya, profilaksis antibiotik praoperatif ialah penggunaan

antibiotik sebelum pembedahan dalam upaya menurunkan risiko infeksi pascaoperatif. Profilaksis antibiotik bedah, sebagaimana didefinisikan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit, ialah penggunaan antibiotik sebelum, selama, dan hingga 24 jam setelah pembedahan pada pasien yang secara klinis tidak menampakkan tanda-tanda infeksi untuk mencegah infeksi luka operasi. Penggunaan antibiotik untuk mencegah infeksi secara efektif sangat penting untuk menurunkan risiko yang terlibat dalam prosedur pembedahan. Mengoptimalkan kualitas profilaksis antibiotik sangat penting. Praktik terbaik saat memberi profilaksis antibiotik untuk pembedahan ialah mengikuti rekomendasi atau pedoman setempat untuk penggunaan profilaksis antibiotik. Bila dikombinasikan dengan tindakan pencegahan lainnya, profilaksis antibiotik praoperasi untuk operasi penggantian pinggul dan lutut total menurunkan risiko absolut infeksi lokasi operasi hingga lebih dari 80%. Protokol standar untuk prosedur implan, prosedur cangkok tulang, dan operasi besar lainnya yang melibatkan kehilangan darah atau yang diantisipasi kehilangan darah ialah profilaksis antibiotik rutin. Indikasi yang tepat, jenis antibiotik yang tepat, dosis yang tepat, rute yang tepat, waktu yang tepat, dan lamanya pemberian antibiotik merupakan persyaratan untuk profilaksis antibiotik yang tepat dalam operasi. (Lukito, Johan Indra, 2019)

Berikut ini ialah patogen yang paling sering menginfeksi lokasi operasi:

- 1) Staphylococcus aureus
- 2) Staphylococcus epidermidis
- 3) Streptococci aerob
- 4) Cocci anaerob

Biasanya, Cutibacterium acnes (sebelumnya dikenal sebagai Propionibacterium acnes) dan mikroba lainnya diisolasi dari infeksi setelah operasi bahu. Infeksi dapat terjadi selama operasi bedah apa pun. Resep antibiotik profilaksis memberi keuntungan, tetapi harus dipertimbangkan juga terhadap kemungkinan kerugian penggunaannya, seperti respons alergi, infeksi Clostridium difficile yang terkait dengan penggunaan antibiotik, dan resistensi antibiotik. Menurut standar dunia, 6–8, antibiotik profilaksis tidak direkomendasikan untuk operasi bersih yang bukan prostetik; sebaliknya, antibiotik profilaksis lebih mungkin direkomendasikan untuk perawatan yang berisiko tinggi terhadap infeksi tempat operasi, seperti operasi kolorektal. Efek yang signifikan dapat terjadi akibat infeksi, seperti saat implan dipasang selama artroplasti atau operasi katup jantung. (Lukito, Johan Indra, 2019)

f. Edukasi pra anestesi dan pra bedah

1) Assemen pra anestesi

Kemajuan ilmu anestesi memungkinkan pemikiran yang cermat saat memilih jenis anestesi yang akan diberi. Untuk menjalankan prosedur dan operasi medis tanpa menimbulkan kesulitan atau ketidaknyamanan yang tidak diharapkan, anestesi

mengacu pada praktik pemberian obat melalui suntikan atau inhalasi yang dapat menghalangi sensasi nyeri dan sensasi lainnya atau dapat menciptakan keadaan tidak sadar yang menghilangkan semua sensasi (ANZCA, 2016).

Pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi ialah tiga fase anestesi, menurut Mangku dan Senapathi (2010). Di awal proses anestesi, perawat akan menyiapkan semua yang diperlukan untuk prosedur tersebut. Misalnya, perawat akan mengunjungi pasien untuk menjalankan penilaian pra-anestesi, menyiapkan lokasi pembedahan untuk bercukur, menyiapkan catatan medis pasien, dan menyiapkan obat pra-medikasi. Pasien menerima pra-medikasi.

Menurut Viswanathan dan Putra (2017), kegiatan asesmen praanestesi merupakan serangkaian tugas berkelanjutan yang harus diselesaikan di ruang perawatan sebelum pasien dipindahkan ke ruang operasi, di instalasi bedah sentral, jika berlaku, dan hingga pasien masuk ke ruang operasi. Mengingat hal ini, dokumentasi praanestesi yang komprehensif, seperti formulir asesmen praanestesi, seharusnya sudah diberi sejak pasien berada di area perawatan dan berinteraksi dengan dokter dan perawat.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menerbitkan Standar Akreditasi Rumah Sakit Nasional (SNARS) 2018, yang menyatakan bahwasanya pihak yang berwenang dalam hal ini, ahli anestesi menjalankan asesmen praanestesi sebelum pasien dirawat

di rumah sakit atau menjalani operasi. Evaluasi praanestesi dapat diselesaikan bersamaan dengan evaluasi prainduksi jika terjadi prosedur bedah darurat (Sutoto & Garna, 2017). Tujuan dari pemeriksaan praanestesi ialah untuk mengevaluasi pasien sebelum dijalankannya pemberian anestesi atau sedasi. Evaluasi, yang juga dikenal sebagai evaluasi sebelum anestesi, merupakan serangkaian tindakan yang mengawali suatu prosedur; tanda-tanda vital pasien dinilai (Kementerian Kesehatan, 2012). Evaluasi praanestesi memperhitungkan data dari berbagai sumber, seperti rekam medis terkini, wawancara, pemeriksaan fisik, dan hasil uji dari prosedur laboratorium dan medis (Nickinovich, 2012). Menkes Pasal 10, Nomor 18, 2016 Segala hal yang berkaitan dengan tindakan yang harus dijalankan perawat anestesi dalam rangka melaksanakan tugasnya diatur dalam peraturan menteri ini. Secara spesifik, tindakan yang harus dijalankan perawat anestesi dalam rangka melaksanakan tugasnya ialah tindakan pra-, intra-, dan pasca-anestesi.

Asesmen Pra-Anestesi dalam Praktik Permenkes No. 18

Tahun 2016 menyebutkan bahwasanya asuhan keperawatan pra-anestesi harus mencakup asesmen pra-anestesi. Hal ini meliputi tugas-tugas berikut untuk asuhan keperawatan praanestesi:

- a) mempersiapkan pasien untuk pemberian tindakan;
- b) memeriksa tanda-tanda vital; dan

- c) menjalankan pemeriksaan tambahan didasarkan atas kebutuhan pasien, seperti inspeksi, palpasi, atau auskultasi.
- d) Pemeriksaan fisik dan pengkajian pasien;
- e) analisis temuan pengkajian dan perumusan masalah pasien
- f) evaluasi mandiri atau kelompok terhadap langkah-langkah manajemen pelayanan praanestesi.
- g) Memastikan bahwasanya prasarana dan fasilitas anestesi tersedia sesuai dengan tanggal, waktu, dan jenis pembedahan.

2) Assemen pra Bedah

Ketika pilihan untuk melanjutkan pembedahan telah dibuat, fase prabedah dimulai, dan berakhir ketika pasien dibawa ke meja operasi. Kegiatan prabedah meliputi penentuan pengkajian pasien, meminta Dr. DPJP menjalankan wawancara prabedah, dan mempersiapkan pasien untuk pembedahan.

Penyelenggaraan rumah sakit berupaya untuk menjaga keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia rumah sakit, sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Oleh karena itu, rumah sakit memiliki kewajiban untuk mengutamakan kepentingan dalam pemenuhan standar pelayanan rumah sakit agar dapat memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, tidak diskriminatif, dan efisien. Salah satu tindakan medis yang krusial yang diberi oleh layanan kesehatan ialah

pembedahan. Salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk mencegah timbulnya masalah, kecacatan, dan menyelamatkan nyawa ialah pembedahan. Namun, pembedahan juga dapat mengakibatkan komplikasi yang berpotensi fatal. Pasien sangat rentan terhadap risiko yang ditimbulkan oleh kesalahan yang dijalankan selama pembedahan, yang meliputi kesalahan pada sayatan yang dibuat di lokasi tindakan, kesalahan pemberian label spesimen patologi, kesalahan pada saat transfusi, dan kesalahan pada saat pemberian obat. Kesalahan dan cedera bedah dapat dihindari dengan menjalankan standarisasi praktik bedah yang aman. Layanan kamar bedah disediakan oleh semua perawat, dokter anestesi, dan dokter bedah yang akan merawat pasien selama operasi bedah di unit kamar operasi. Pedoman ini membahas penyediaan layanan pasien sejak pasien memasuki ruang operasi, hingga saat mereka mendapatkan perawatan medis atau operasi bedah, dan berpuncak di ruang pemulihan dengan perawatan pascaoperasi. Instalasi Bedah Sentral menawarkan berbagai layanan, termasuk layanan pendukung untuk anestesi dan layanan pendukung untuk operasi spesialisasi dan subspecialis.

Karena tindakan bedah memiliki risiko tinggi, pelaksanaannya perlu dipikirkan dengan matang. Penilaian pra-operasi (didasarkan atas IAR) berfungsi sebagai panduan untuk memilih tindakan bedah yang tepat dan mendokumentasikan hasil yang signifikan. Hasil evaluasi mencakup informasi tentang:

- a) kapan dan bagaimana menjalankan tindakan bedah yang tepat;

- b) bagaimana menjalankan tindakan bedah dengan aman; dan
- c) bagaimana meringkas temuan selama pemantauan.

Riwayat, kondisi fisik, informasi diagnostik, keuntungan, dan kerugian dari tindakan bedah yang dipilih semuanya berperan dalam pemilihan teknik bedah. Tindakan bedah yang dipilih juga mempertimbangkan evaluasi masa rawat inap pasien, pengujian diagnostik, dan informasi tambahan.

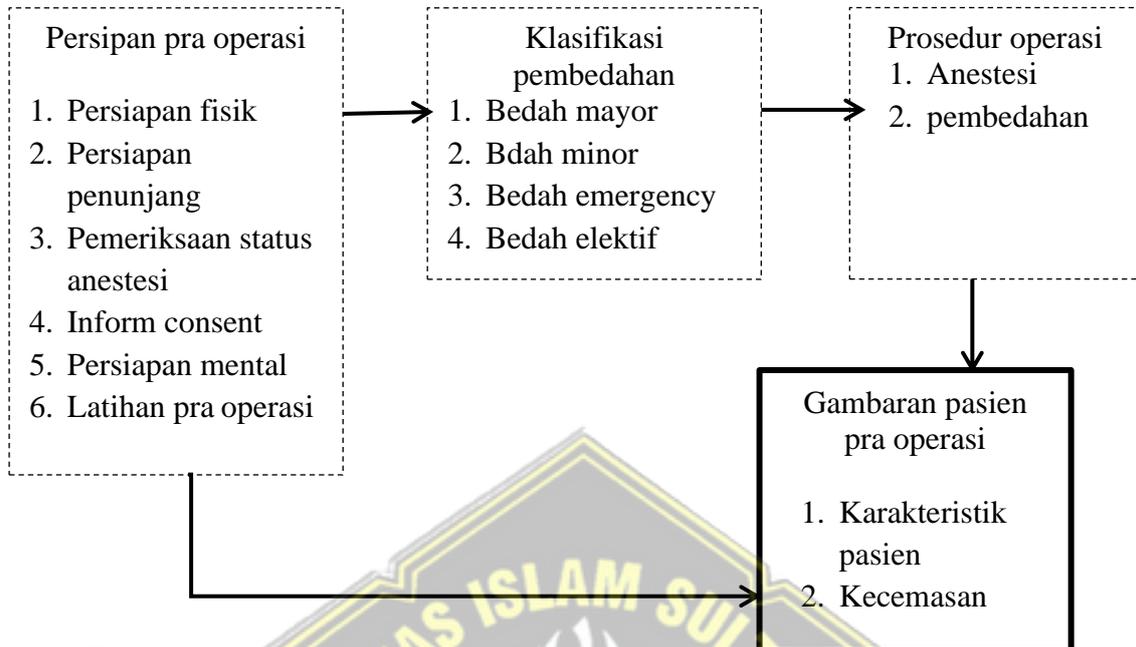
Untuk pasien gawat darurat, prosedur penilaian diselesaikan secepat mungkin. Rekam medis mendokumentasikan perawatan yang diberi kepada pasien bedah. Ketika pasien memutuskan untuk menjalani operasi saat menerima perawatan langsung dari dokter bedah, penilaian pra-operasi diselesaikan dan didokumentasikan dalam rekam medis. Ketika pasien berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab layanan (DPJP) yang berbeda selama perawatan dan memutuskan untuk melanjutkan operasi, penilaian pra-operasi diselesaikan dan dicatat pada lembar penilaian pra-operasi. Mengajarkan pasien, keluarga mereka, atau pembuat keputusan tentang keuntungan, kerugian, dan pilihan yang terkait dengan pembedahan dan pemulihan merupakan bagian dari proses perencanaan pembedahan. Instruksi ini disertakan dalam lembar dokumentasi informasi dan merupakan langkah yang diperlukan dalam proses mendapatkan persetujuan pembedahan.

a. Persiapan fisik pada fase pra bedah meliputi :

- 1) Status kesehatan fisik secara umum
- 2) Status nutrisi

- 3) Keseimbangan cairan elektrolit
 - 4) Pengosongan kandung kemih
- b. Persiapan suportif, termasuk pengujian tambahan (radiologi, lab, EKG, dan sebagainya).
- c. Edukasi Pasien, Agar dapat berpartisipasi dalam keputusan perawatan pasien dan memberi persetujuan yang diperlukan, pasien, keluarga, dan mereka yang memilih menerima informasi yang cukup. Profesional perawatan yang relevan memberi penjelasan secara terpadu untuk memenuhi kebutuhan pasien. Di antara rincian yang diberi ialah:
- 1) Resiko dari rencana tindakan operasi.
 - 2) Manfaat dari rencana tindakan operasi.
 - 3) Kemungkinan komplikasi dan dampak tindakan operasi
 - 4) Pilihan operasi atau opsi non operasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien.
 - 5) Jika dibutuhkan transfusi darah atau produk darah, resiko dan alternatifnya didiskusikan. Semua informasi edukasi di dokumentasikan di lembar dokumentasi pemberian informasi.
- d. Informed consent
- Setiap pasien harus melengkapi formulir persetujuan tertulis yang mengesahkan pembedahan dan anestesi sebelum operasi.

B. Kerangka teori



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori
(putri et al., 2019)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual suatu penelitian merupakan hubungan antara variabel yang diukur dan diamati didalam suatu penelitian (Notoadmojo, 2018).

Variabel Penelitian

**Gambaran kecemasan
pre operasi dalam
persiapan pembedahan**

Gambar 3.1. Kerangka Konsep
(Sugiyono, 2017)

B. Jenis dan Desain penelitian

Penelitian ini menerapkan penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif untuk mengetahui karakteristik responden yang akan menjalani operasi. Usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan responden akan mengungkap karakteristik pasien yang akan diteliti. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien pra operasi di RS Sari Asih Ciledug, data dikumpulkan satu kali dengan metode *cross-sectional*.

C. Populasi dan sampel penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian ini berjumlah 400 pasien pra operasi yang berencana menjalani operasi.

2. Sampling

Dalam penelitian ini, teknik pengambilan sampel sekuensial dipadukan dengan teknik pengambilan sampel non-probability (Daniela, 2018). Arikunto (2012; 104) menyatakan bahwasanya apabila jumlah populasi lebih dari 100 orang, maka dapat diambil 10-15% atau 20–25% dari populasi. Dalam penelitian ini, sampel yang diambil ialah 15% dari populasi, sehingga diperoleh $400 \times 15\% = 60$ pasien. Dengan demikian, sampel penelitian berjumlah 60 pasien.

a. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1) Kriteria Inklusi

- a) Pasien yang bersedia menjadi responden
- b) Pasien dengan operasi terjadwal (Elektif)

2) Kriteria eksklusi

- a) Pasien dengan tindakan bedah persyarafan dengan $GCS < 6$
- b) Pasien dimensia
- c) Pasien usia diatas > 65 tahun

D. Tempat dan Waktu Penelitian

a) Tempat penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di ruang persiapan (*Holding Area*) kamar operasi di Rumah Sakit Sari Asih Ciledug.

b) Waktu penelitian

Penelitian ini dijalankan pada bulan 12 Juni 2024 – 12 Juli 2024.

1. Definisi Operasional

Definisi operasional yang terdapat pada gambaran kecemasan pasien pra operasi terhadap persiapan pembedahan di RS Sari Asih Ciledug ialah:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variable penelitian	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Usia	Waktu seseorang dilahirkan sampai dilaksanakan penelitian, dinyatakan dalam tahun	Mengisi form kuisiioner bagian usia	Kuisiioner	Rentang Usia 1. 17-25 tahun 2. 26-35 tahun 3. 36-45 tahun 4. >45 tahun	Nominal
Jenis kelamin	Perbedaan jenis organ seksual primer sejak lahir	Mengisi lembar checklist pada form kuisiioner bagian jenis kelamin	Kuisiioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan tertinggi yang dimiliki oleh pasien	Mengisi lembar checklist pada form kuisiioner bagian Tingkat pendidikan	Kuisiioner	Tingkat pendidikan yang dimiliki pasien 1. Dasar (SD – SMP) 2. Menengah Atas (SMA atau Sederajat) 3. Tinggi (Perguruan Tinggi)	Ordinal
Ansietas	Proses menjelaskan secara spesifik tanda dan gejala yang dapat di amati dan di ukur untuk mengidentifikasi kasi kecemasan dalam persiapan pembedahan	Mengisi form kuisiioner bagian kecemasan	Kuisiioner APAIS dengan 6 pertanyaan mengenai kecemasan terhadap pembedahan menerapkan skala likert(5:sangat,4:agak,3:sedikit,2:tidak sama sekali).	1. Tidak cemas 1-6 2. Cemas ringan 7-12 3. Cemas sedang 13-18 4. Cemas berat 19-24 5. Berat sekali 25-30	Ordinal

E. Instrumen/ Alat Pengumpul Data

Kuesioner Amsterdam Preoperative and Information Scale (APAIS) berfungsi sebagai instrumen pengumpulan data untuk menilai kecemasan pra operasi. Elemen-elemen yang secara khusus berkontribusi terhadap kecemasan disebutkan dalam kuesioner ini: prosedur pembedahan dan perawatan anestesi. Enam pertanyaan singkat terdiri dari kuesioner ini: dua pertanyaan untuk masing-masing prosedur anestesi dan pembedahan, empat pertanyaan (1, 2, 4, dan 5) untuk mengukur kecemasan pasien, dan dua pertanyaan (3, 6) untuk mengukur kebutuhan informasi (Firdaus, 2014). Ada lima kemungkinan respons: (1) tidak sama sekali; (2) sedikit; (3) agak; (4) sangat; dan (5) tidak sama sekali, skor = 1. Kecemasan dikategorikan sebagai berikut: skor = 1-6 untuk tidak gugup; skor = 7-12 untuk kecemasan ringan; skor = 13-18 untuk kecemasan sedang; skor = 19-24 untuk kecemasan berat; skor = 25-30 untuk kecemasan/panik yang sangat parah.

Tidak perlu dijalankan uji validitas dan reliabilitas lagi karena Firdaus (2014) telah menjalankan validasi kuesioner APAIS yang diterapkan dalam penelitian ini. Kuesioner APAIS versi Bahasa Indonesia memperoleh nilai 1,0 untuk hasil uji validitas. Uji reliabilitas memberi hasil positif; komponen pengetahuan (pertanyaan 3, 6, dan 5) memiliki nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,863, dan komponen kecemasan (pertanyaan 1, 2, 4, dan 5) memiliki nilai sebesar 0,825.

F. Metode Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data Langkah – langkah pengumpulan data

a. Tahap Persiapan

- 1) Peneliti membuat surat ijin peneletian kepada pihak akademik untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Sari Asih Ciledug
- 2) Peneliti memperoleh surat pernyataan kelayakan etik dan mengajukan surat pernyataan kelayakan etik kepada komisi etik Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah disahkan oleh kepala program pendidikan fakultas ilmu keperawatan.
- 3) Peneliti mengurus surat ijin persetujuan dari direktur Rumah Sakit Sari Asih Ciledug
- 4) Peneliti mengurus surat ijin dari Rumah Sakit Sari Asih Ciledug
- 5) Peneliti menyiapkan lembar permohonan menjadi responden.
- 6) Peneliti menyiapkan lembar persetujuan menjadi responden (Informed Consent)

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Penelitian dilaksanakan pada tanggal 12 Juni 2024 sampai dengan 12 Juli 2024 di ruang persiapan kamar operasi Rumah Sakit Sari Asih Ciledug, Kota Tangerang.
- 2) Agar calon responden yang menjadi sampel memahami maksud dan tujuan penelitian, peneliti memberi lembar

persetujuan penelitian dan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.

- 3) Calon responden menandatangani lembar persetujuan penelitian sebagai bukti kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 4) Kuesioner dikirimkan oleh peneliti kepada responden untuk diisi lebih lanjut dengan cara mengisi meceklis salah satu poin yang tertera pada kusioner
- 5) Peneliti mengucapkan terima kasih kepada responden atas kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- 6) Melanjutkan pengolahan dan analisis data

c. Teknik Pengumpulan data :

1. *Editing*

Hasil pengisian pada lembar kuisisioner yang telah diperoleh akan di edit terlebih dahulu dan memastikan jika kuisisioner sudah terisi semua dan lengkap.

2. *Coding*

Data dengan bentuk kalimat diubah menjadi angka. Pengkodean ini diterapkan dalam proses entry data. Dipenelitian ini, peneliti mengklasifikasikan kode pada karakteristik responden didasarkan atas:

- a) Karakteristik didasarkan atas usia responden pengkodean dibagi menjadi 4 yakni usia 17-25 tahun

(1), usia 26-35 tahun (2), usia 36-45 tahun (3), usia >45 tahun (4).

b) Karakteristik didasarkan atas jenis kelamin, pengkodean dibagi 2 yakni laki – laki (1), perempuan (2)

c) Karakteristik responden didasarkan atas pendidikan terakhir, pengkodean dibagi menjadi 3 yakni: Dasar (1) Menengah (2), Tinggi (3).

3. *Tabulating*

Tahap ini peneliti membuat tabel pada data yang telah diberi nilai atau skoring untuk kemudian dijalankan penjumlahan.

4. *Entry*

Pada tahap ini menginput informasi yang didapatkan melalui data yang telah decoding kedalam aplikasi program pengolahan data yang ada di SPSS

G. Analisa Data

Penelitian ini menerapkan distribusi frekuensi analisa data univariat dan analisa deskriptif.

a. Analisis Univariat

Usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan responden dapat diketahui melalui analisis data, kemudian data diolah dengan menerapkan program SPSS 25 dan disajikan dalam bentuk frekuensi dan presentasi.

H. Etika penelitian

Mengingat penelitian melibatkan subjek manusia secara langsung, etika penelitian merupakan topik yang krusial dalam sains. Surat kuasa yang dikeluarkan oleh Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang telah diserahkan oleh peneliti kepada Direktur RS Sari Asih Ciledug sebelum penelitian dimulai.

1. Ijin penelitian

Sebelum memulai penelitian, peneliti telah mengirimkan surat permohonan izin penelitian kepada pimpinan program studi keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang telah menerima permohonan izin penelitian dari peneliti.

2. Informed consent (lembar persetujuan)

Formulir persetujuan mencakup deskripsi studi kasus yang sedang dijalankan, beserta informasi tentang tujuan, metodologi, keuntungan bagi responden, dan potensi bahayanya. Lembar izin berisi pernyataan sederhana dan mudah dipahami yang menjelaskan bagaimana studi kasus ini dijalankan. Responden yang bersedia harus dengan bebas mengisi dan menandatangani formulir persetujuan

3. Anonymity (Tanpa nama)

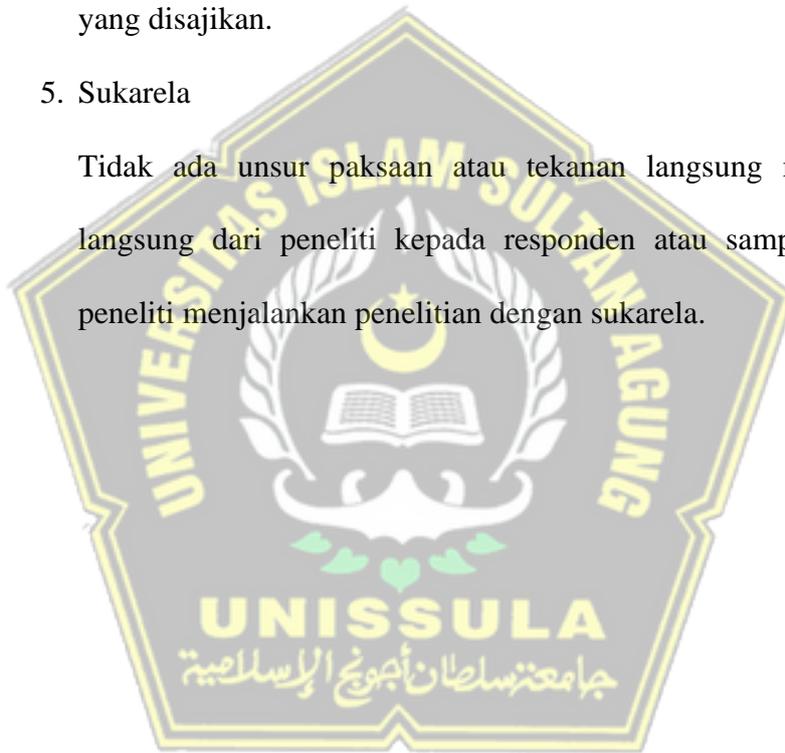
Nama responden tidak dicantumkan pada lembar tersebut untuk menjaga kerahasiaan; sebagai gantinya, peneliti hanya menuliskan kode atau inisial di atasnya.

4. Confidentiality (Kerahasiaan)

Karena menjamin kerahasiaan temuan penelitian, informasi, dan masalah lainnya, masalah ini memenuhi syarat sebagai masalah etika. Peneliti menjamin anonimitas semua informasi yang dikumpulkan, yang memungkinkan hasil penelitian hanya mencakup data tertentu. Dalam penelitian ini, identitas ahli anestesi dirahasiakan, dan hanya informasi yang berkaitan dengan investigasi yang disajikan.

5. Sukarela

Tidak ada unsur paksaan atau tekanan langsung maupun tidak langsung dari peneliti kepada responden atau sampel penelitian; peneliti menjalankan penelitian dengan sukarela.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian

Didirikan pada tahun 1981 di bawah naungan PT Sari Asih Group, Rumah Sakit Sari Asih merupakan organisasi layanan yang memberi layanan kesehatan kepada masyarakat. Rumah Sakit ini berdiri pada tahun 2005. Rumah Sakit Sari Asih Ciledug yang memiliki klasifikasi layanan tipe B ini beralamat di Jalan HOS Cokroaminoto No. 38 Sudimara Timur, Kecamatan Ciledug, Kota Tangerang. Dengan Surat Keputusan Nomor 02/36/IO/.RS/Kes/DPMPSTP/IV/2017 tentang Pemberian Perpanjangan Izin Operasional Rumah Sakit Sari Asih Ciledug sebagai RS Kelas B, Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Banten telah memberi izin operasional rumah sakit kepada Rumah Sakit Sari Asih Ciledug. Rumah Sakit Sari Asih Ciledug sampai dengan saat ini terkreditasi Paripurna dan mendapat hasil Mumtaz dalam akreditasi syariah. Salah satu jenis layanan esensial yang diberi Rumah Sakit Sari Asih Ciledug dalam memberi pelayanan medis ialah layanan anestesi dan pembedahan. Di keempat kamar operasi, tersedia alat anestesi dan bedside monitor beserta alat – alat bantuan hidup dasar.

B. Hasil Penelitian

Proses pengambilan data penelitian dijalankan selama 30 hari efektif kerja, yang terhitung mulai tanggal 12 juni sampai 12 Juli 2024. Dipenelitian ini didapatkan sampel sejumlah 60 responden, yakni pasien pra operasi dalam persiapan tindakan pembedahan. Data yang didapatkan kemudian dianalisis dan ditampilkan dalam bentuk tabulasi data dibawah ini.

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden didasarkan atas usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan pada pasien pra operasi di RS Sari Asih Ciledug yang disajikan ditabel dibawah ini:

1) Usia

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas usia Rumah Sakit Sari Asih Ciledug

Usia (tahun)	Frekuensi	Presentase
18 – 25	8	13,3%
26 – 35	34	56,7%
36 – 45	11	18,3%
>45	7	11,7%
Total	60	100%

Data ditabel 4.1 menampakkan bahwasanya mayoritas pasien yang menjalani operasi di RS Sari Asih Ciledug mayoritas berusia 26 – 35 tahun sejumlah 34 responden (56,7%) dan paling sedikit

berusia lebih dari 45 tahun sejumlah 7 responden (11,7%).

Klasifikasi usia berdasarkan Kemenkes 2016.

2) Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas jenis kelamin Rumah Sakit Sari Asih Ciledug

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
Laki-Laki	36	60%
Perempuan	24	40%
Total	60	100%

Data ditabel 4.2 menampakkan bahwasanya mayoritas responden dipenelitian ini didapatkan data jika jenis kelamin pada responden laki-laki lebih banyak yakni sejumlah 36 responden (60%) sedangkan pada responden perempuan sejumlah 24 responden (40%).

3) Tingkat Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden pra operasi didasarkan atas jenis tingkat pendidikan Rumah Sakit Sari Asih Ciledug

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentase
SMP	9	15%
SMA	43	71,7%
Perguruan Tinggi	8	13,3%
Total	60	100%

Didasarkan atas data ditabel 4.3 yang berisi karakteristik pada tingkat pendidikan, mayoritas responden dengan tingkat pendidikan menengah sejumlah 43 responden (71,7%), pendidikan dasar sejumlah 9 responden (15%) dan paling sedikit pada tingkat pendidikan tinggi yakni sejumlah 8 responden (13,3%).

b. Tingkat Kecemasan Responden

Gambaran tingkat kecemasan yang dimiliki oleh pasien pra operasi yang menjalani persiapan pembedahan disajikan ditabel dibawah ini:

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan responden Rumah Sakit Sari Asih Ciledug Juni – Juli 2024

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Presentase
Tidak Cemas	19	31,6 %
Cemas Ringan	30	50 %
Cemas Sedang	9	15 %
Cemas Berat	1	1,7 %
Cemas Berat sekali	1	1,7%
Total	60	100%

Data ditabel 4.4 menampakkan jika mayoritas responden pra operasi yang akan menjalani prosedur pembedahan mayoritas memiliki kecemasan ringan yakni sejumlah 30 responden (50%) dan pasien yang tidak cemas sejumlah 19 responden (31.6%)

2. Crosstabulation tingkat kecemasan berdasarkan karakteristik Responden

Gambaran pada tingkat kecemasan yang dimiliki oleh responden didasarkan atas karakteristik usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang didapatkan dari data primer pada pengisian lembar kuisioner *Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS)* yang disajikan ditabel dibawah ini.

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Usia Rumah Sakit Sari Asih Ciledug Juni – Juli 2024

Karakteristik Responden	Kategori Tingkat Kecemasan											
	Tidak Cemas		Cemas ringan		cemas sedang		cemas berat		cemas berat sekali		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A. Usia(tahun)												
18 – 25	3	5,0	5	8,3	0	0	0	0	0	0	8	13,3
26 – 35	13	21,7	21	35	0	0	0	0	0	0	34	56,7
36 – 45	3	5,0	1	1,7	7	11,7	0	0	0	0	11	18,3
>45	0	0	3	5,0	2	3,3	1	1,7	1	1,7	7	11,7
Total	19	31,6	30	50	9	15	1	1,7	1	1,7	60	100

Didasarkan atas data yang ditampilkan ditabel 4.5 mayoritas responden yang berusia 26-35 tahun sejumlah 21 orang (35%) merasakan cemas ringan, pasien yang tidak merasakan cemas sejumlah 13 orang (21,7%) pada rentang usia 36-45 tahun terdapa 1 orang (1,7%) responden yang mengalami kecemasan berat.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Jenis Kelamin Rumah Sakit Sari Asih Ciledug Juni – Juli 2024

Jenis Kelamin	Kategori Tingkat Kecemasan											
	Tidak Cemas		Cemas ringan		cemas sedang		cemas berat		cemas berat sekali		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Laki-Laki	13	21,7	17	28,3	5	8,3	1	1,7	0	0	36	60
Perempuan	6	10	13	21,7	4	6,7	0	0	1	1,7	24	40
Total	19	31,6	30	50	9	15	1	1,7	1	1,7	60	100

Didasarkan atas data yang ditampilkan ditabel 4.6, mayoritas laki-laki yang mengalami cemas ringan sejumlah 17 responden (28,3%) dan yang tidak mengalami kecemasan sejumlah 13 responden (21,7%), sedangkan pada Perempuan yang tidak mengalami kecemasan sejumlah 6 responden (10%). Terdapat 1 responden (1,7%) laki-laki yang

mengalami kecemasan berat dan 1 responden perempuan (1,7%) dengan kecemasan berat sekali.

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Didasarkan atas Tingkat Pendidikan Rumah Sakit Sari Asih Ciledug Juni – Juli 2024

Tingkat Pendidikan	Kategori Tingkat Kecemasan										Total	
	Tidak Cemas	Cemas ringan	cemas sedang	cemas berat	cemas berat sekali							
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dasar	1	1,7	2	3,3	5	8,3	1	1,7	1	1,7	9	15
Menengah	15	25	23	38,3	4	6,7	0	0	0	0	43	71,7
Tinggi	3	5,0	5	8,3	0	0	0	0	0	0	8	13,3
Total	19	31,6	30	50	9	15	1	1,7	1	1,7	60	100

Didasarkan atas data yang ditampilkan ditabel 4.7, Gambaran tingkat kecemasan responden dengan bertingkat pendidikan dasar sejumlah 5 orang (8,3%) merasakan kecemasan sedang dan 1 orang (1,7%) dengan kecemasan berat. Pada tingkat pendidikan menengah terdapat 23 orang (38,3%) dengan kecemasan sedang dan 15 orang (25%) tidak merasa cemas. Kemudian pada pendidikan tinggi sejumlah 3 orang (5%) tidak merasa cemas dan 5 orang (8,3%) merasakan cemas ringan. Namun jika dilihat secara keseluruhan pada setiap tingkat

pendidikan, paling banyak responden yang tidak merasakan kecemasan berada pada tingkat pendidikan menengah.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

Gambaran hasil pengukuran tingkat kecemasan pada responden pra operasi pada persiapan pembedahan didasarkan atas karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, yakni:

1. Gambaran tingkat kecemasan didasarkan atas usia responden

Didasarkan atas data yang terdapat ditabel 4.5 menampakkan responden pada rentang usia 17-15 tahun sejumlah 8 orang (13,3%), usia 26-35 tahun sejumlah 34 orang (56,7%), usia 36-45 sejumlah 11 orang dan usia lebih dari 45 tahun terdapat 7 orang (11,7%). Mayoritas tingkat kecemasan responden terdapat pada responden yang berusia 26-35 tahun, yakni mayoritas responden bertingkat kecemasan ringan yakni sejumlah 21 responden (35%), tidak cemas sejumlah 13 responden (21,7%). Responden dipenelitian ini didasarkan atas pada kelompok usia produktif, dimana usia dapat menampakkan pertumbuhan dan perkembangan seorang individu. Usia juga dapat dikaitkan dengan pemahaman seseorang terhadap suatu penyakit yang akan membentuk sikap dan perilaku seseorang, sehingga akan menimbulkan mekanisme koping yang baik (Oktarini & Prima, 2021).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dijalankan oleh Sari (2021), dimana seorang individu pada usia dewasa awal berpotensi 6,5 kali lebih besar mengalami kecemasan dibanding dengan individu yang berusia dewasa akhir, dimana dipenelitian kali ini terdapat gambaran tingkat kecemasan didasarkan atas usia paling banyak pada rentang usia 26-35 tahun (masa dewasa awal) dengan tingkat kecemasan ringan sejumlah 21 responden (35%) sedangkan pada rentang usia dewasa madya terdapat sejumlah 9 responden (15%) yang bertingkat kecemasan sedang, bahkan terdapat 1 orang responden (1,7%) pada usia >45 tahun dengan kecemasan berat.

Didasarkan atas hasil penelitian dan teori yang telah dikemukakan, peneliti berasumsi jika kecemasan pasti terjadi pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan pada usia berapa pun, terlebih rasa cemas pasti akan muncul pada pasien-pasien yang akan menjalani prosedur operasi, walaupun mekanisme coping seseorang dengan usia yang telah matang lebih baik dari usia muda, namun tetap saja seseorang yang berusia tua/lanjut juga dapat mengalami kecemasan saat akan menjalani prosedur pembedahan.

2. Gambaran tingkat kecemasan didasarkan atas jenis kelamin responden

Perempuan memiliki resiko kecemasan lebih besar dibanding dengan laki-laki, hal ini dikarenakan perempuan lebih cenderung menerapkan pendekatan emosional dalam mengatasi permasalahan yang sedang dialami (Ahmad Kholil, 2022). Perempuan beresiko

6,6 kali lebih besar mengalami kecemasan dibanding dengan kaum pria, hal ini dapat disebabkan pria dewasa umumnya lebih berfikir secara rasional, memiliki mental yang kuat dan lebih berwawasan didasarkan atas penelitian yang telah dijalankan oleh Sari (2021).

Dipenelitian ini menampakkan data dari 60 responden paling banyak responden dengan jenis kelamin laki-laki sejumlah 36 orang (60%) dan Perempuan sejumlah 24 orang (40%), dimana presentasi pada tingkat kecemasan tidak cemas paling banyak pada laki-laki dengan sejumlah 13 responden (21,7%) dan perempuan 6 responden (10%), pada tingkat kecemasan ringan didapatkan sejumlah 17 responden (28,3%) dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan yang berjumlah 13 orang (21,7%) dan pada tingkat kecemasan berat terdapat pada responden Perempuan sejumlah 1 responden (1,7%).

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dijalankan oleh Romadhoni (2018) yang menampakkan adanya hubungan antara tingkat kecemasan dengan jenis kelamin pada pasien pre operasi di RS Muhammadiyah Palembang dengan nilai p-value 0,02. Hal tersebut menampakkan bahwasanya pada rentang kecemasan tidak cemas sampai dengan kecemasan berat didominasi oleh pasien perempuan, sehingga bisa diambil simpulan jika jenis kelamin tidak mempengaruhi seseorang dalam mengalami kecemasan. Penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang dijalankan oleh

Hanibah (2018) dimana dikatakan jika laki-laki lebih rileks daripada perempuan dalam menghadapi suatu permasalahan

Peneliti berasumsi jika gambaran tingkat kecemasan yang dialami oleh responden dipenelitian ini didasarkan atas jenis kelamin, sejalan dengan penelitian yang dijalankan oleh Sugiarta (2021) bahwasanya responden laki-laki dan perempuan sama-sama berpotensi merasakan kecemasan, namun mayoritas pada responden laki-laki lebih besar tidak merasakan kecemasan sebesar 13 responden (21,3%), gambaran kecemasan yang pada pasien pra operasi didasarkan atas jenis kelamin di RS Sari Asih Ciledug yakni kecemasan dapat saja terjadi pada responden laki-laki ataupun responden perempuan, terlebih ketika akan menghadapi prosedur tindakan pembedahan atau operasi.

3. Gambaran tingkat kecemasan didasarkan atas tingkat pendidikan responden

Pendidikan merupakan faktor penting dalam proses pengembangan sumber daya manusia. Tingginya pendidikan seseorang, diharapkan kemampuan dalam memperoleh informasi dan pengetahuan menjadi semakin baik. Tingkat pendidikan juga seringkali dijadikan sebagai syarat kualifikasi atau pandangan dalam membedakan tingkat pengetahuan seseorang (Saleha Hasanah et al., 2021). Dipenelitian ini menampakkan bahwasanya gambaran tingkat pendidikan yang dimiliki oleh pasien di RS Sari Asih Ciledug dengan pra operasi dalam persiapan pembedahan dengan tingkat

kecemasan yang dialami oleh pasien menampakkan jika data pada tingkat pendidikan di tabel 4.2, yang diperoleh dari 60 responden mayoritas responden bertingkat pendidikan menengah yakni sejumlah 43 responden (71,7%) dengan rentang kecemasan yakni: tidak cemas sejumlah 15 responden (25%), cemas ringan sejumlah 23 responden (38,3%), cemas sedang 4 responden (6,7%) dan tidak ada yang memiliki kecemasan berat atau berat sekali. Sedangkan pada Tingkat pendidikan dasar didapatkan responden sejumlah 9 responden (15%) dan pendidikan tinggi sejumlah 8 responden (13,3%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dijalankan oleh Vellyana et al (2018) yang menyatakan bahwasanya latar pendidikan yang dimiliki oleh pasien tidak mempengaruhi tingkat kecemasan pasien pra operasi di RS Mitra Husada Pringsewu yang ditunjukkan dengan nilai p-value 0,643.

Peneliti berasumsi bahwasanya gambaran pada tingkat kecemasan yang dirasakan oleh responden didasarkan atas presentasi tingkat pendidikan yang dimiliki pasien terhadap kecemasan yang dialami oleh pasien pra operatif dalam persiapan pembedahan di RS Sari Asih Ciledug menggambarkan jika tingginya latar belakang pendidikan yang dimiliki oleh seseorang tidak mempengaruhi kecemasan dalam menghadapi persiapan prosedur pembedahan yang akan dijalankan. selaras dengan yang dikatan oleh menurut Kaplan & Sadock dalam Harlina (2018) bahwa dalam penelitian ini terdapat 19 responden tidak cemas di karenakan Karakteristik pasien yang

termasuk faktor dan dapat mempengaruhi kecemasan Pendidikan berfungsi untuk merubah pola pikir, tingkah laku, dan pengambilan keputusan. Cukup mendapat pendidikan mempermudah indentifikasi stressor pada luar diri maupun dalam diri. Tingkat Pendidikan dapat mempengaruhi dipahaminya srimulus dan juga kesadaran.

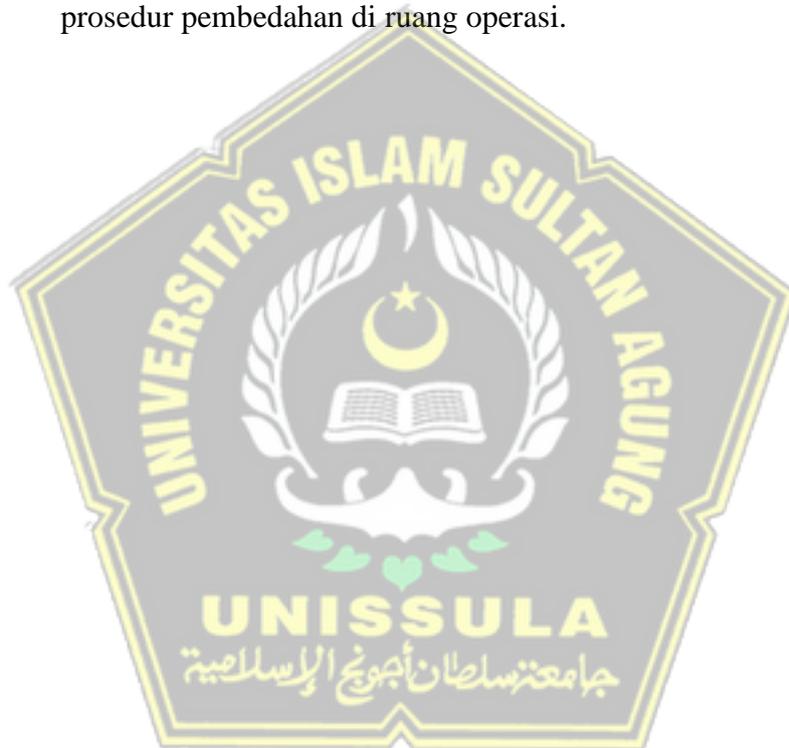
B. Keterbatasan Penelitian

Kendala tekhnis dilapangan yang secara tidak langsung, seperti:

1. Banyaknya jumlah pasien yang berada diruang serah terima pasien yang diantar dari ruangan rawat inap ke ruang operasi dengan waktu pengantaran yang berdekatan dengan jam operasi yang membuat peneliti tidak mempunyai banyak kesempatan dalam memberi kuisisioner pada responden.
2. Tidak semua calon responden bersedia untuk dijadikan responden dipenelitian ini, sehingga penelitian ini dirasa masih kurang maksimal.
3. Ada nya responden yang sudah memiliki kecemasan berlebih pada saat tiba di ruang persiapan kamar operasi sebelum peneliti memberikan kuisisioner,maka peneliti tidak dapat memberikan kuisisioner terhadap pasien tersebut,di karenakan untuk teknis pengisian kuisisioner harus di isi oleh pasien pasien,tidak bisa di wakilkkan.

C. Implikasi Dalam Keperawatan

Diharapkan penelitian ini mampu memberi Gambaran terkait respon ansietas yang dirasakan oleh pasien pra operasi yang akan menjalani prosedur pembedahan diruang kamar bedah, khususnya di RS Sari Asih Ciledug, dimana akan dapat diterapkan sebagai bahan referensi dalam menerapkan inovasi-inovasi keperawatan yang dapat mengurangi kecemasan yang dialami oleh pasien yang akan menjalani prosedur pembedahan di ruang operasi.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Temuan dan rekomendasi dari studi "Gambaran tingkat kecemasan pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan" disajikan dalam bab ini. Informasi dari tujuan umum dan khusus studi disertakan dalam kesimpulan.

Setelah temuan studi terungkap, saran diterapkan sebagai rekomendasi. Temuan studi menghasilkan deduksi dan rekomendasi berikut.

A. Kesimpulan

Kesimpulan berikut dapat diambil dari pembahasan temuan studi:

Tujuan studi ini ialah untuk mengkarakterisasi tingkat kecemasan pasien praoperasi sebelum operasi. Mayoritas responden (50%) survei, yang mencakup 60 responden, melaporkan mengalami kecemasan ringan, dengan jumlah tertinggi berada pada rentang usia 26–35 tahun. Dibanding dengan pasien pria, pasien wanita biasanya mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi, terutama dalam hal kecemasan berat. Karakteristik pasien menunjukkan bahwasanya wanita mendominasi dalam kategori kecemasan berat, sementara pria merupakan mayoritas pasien dengan kecemasan rendah. Responden yang lebih muda biasanya mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada responden yang lebih tua, yang menunjukkan bahwasanya usia merupakan pengaruh signifikan lainnya. Studi ini juga menunjukkan bahwasanya tingkat kecemasan praoperasi tidak dipengaruhi secara signifikan oleh pencapaian pendidikan pasien.

B. Saran

1. Bagi Universitas Sultan Agung Semarang

Dapat menjadi bahan masukan atau referensi tambahan wawasan dan pengetahuan mengenai “Gambaran Tingkat kecemasan pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan” sehingga mahasiswa mampu untuk memberi informasi tentang salah satu cara mengurangi kecemasan dalam persiapan pembedahan.

2. Bagi peneliti lain

Diharapkan dapat menjalankan penelitian dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan dan mekanisme coping pada pasien pra operasi dalam persiapan pembedahan misalnya dukungan keluarga, kondisi fisik, lingkungan, dan lain-lain.

3. Bagi RS Sari Asih Ciledug

Rumah Sakit Sari Asih Ciledug dapat meningkatkan kualitas informasi prabedah yang diberi kepada pasien. Informasi yang lebih terstruktur dan lengkap mengenai prosedur operasi dapat membantu mengurangi kecemasan pasien yang disebabkan oleh ketidaktahuan atau pengalaman buruk di masa lalu. Penyampaian informasi yang sistematis dan terfokus pada kebutuhan individual pasien akan membuat mereka merasa lebih tenang dan siap menghadapi prosedur pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, F. (2019). Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Informasi Pre Operasi Dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Rawat Inap. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 7(1), 1–33. <https://jmm.ikestmp.ac.id/index.php/maskermedika/article/view/332>
- Amila, A. M. (2019). Hubungan Efikasi Diri dengan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Dirumah Sakit Tingkat III Baladhika Husana Jember. 1–177
- Cahyanti, L., Donsu, J. D. T., Endarwati, T., & Dewi, S. C. (2020a). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pasien Pre operasi General Anestesi di RS PKU Muhammadiyah Gamping. 340(7743), 3–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.c846>
- Fadli, Toalib, I., & Kassaming. (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Mayor. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 670–674. <https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/view/115>
- Haniba, S, W., Nawangsari, H., & Maunaturrahmah, A. 2018. Analisa Faktor-Faktor Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Yang Akan Menjalani Operasi (Di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Bangil Tahun 2018). STIKES Insan Cendekia Medika Jombang.
- hasanah, N. (2017). Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Informasi Pre Operasi Dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), 48–53. <https://doi.org/10.35952/jik.v6i1.91>
- Kardewi. (2020). Pendidikan kesehatan dalam mengurangi kecemasan pasien prabedah di instalasi rawat inap bedah rumah sakit umum pusat Dr. Mohammad Hosein Palembang. Seminar Dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif Pada Bidang Kesehatan,” 66–72.
- Kosanke, R. M. (2019). *Pengaruh Media Brosur Tentang Anestesi Spinal Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rs Pku Muhammadiyah Gamping*. 11–33.
- Kristianingsih, Y., & Tukan, M. E. P. (2022). Skala Kebutuhan Informasi dan tingkat Kecemasan Pra Operasi Meningkatkan Intensitas Nyeri Pasca Bedah penalaksanaan yang sering dijalankan untuk berbagai kondisi medis . Tindakan ini sering menjalani pembedahan ialah Pengetahuan dan tentang memperberat ko. March. <https://doi.org/10.2527/dk.v10i1.20>
- Kholiq, Ahmad. 2022. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Charlie Hospital Kendal. *Jurnal Kesehatan Tambusai*. Vol.5. No.2

- LeMone, Burke, & Bauldoff. (2016). Keperawatan Medikal Bedah, Alih bahasa.
- Lutfianti, Tohri, T., & Istianah. (2022). Pengaruh Pemberian Informasi Prabedah Terhadap Kecemasan Pasien Prabedah Terencana di Ruang Bedah RSUD R. Syamsudin SH Kota Sukabumi. *Jurnal Kesehatan Rajawali*, 2(2022), 25–27. <http://ojs.rajawali.ac.id/index.php/JKR>
- Maghfiroh, H. A. I., Susilo, C. B., & Dewi, S. C. (2019). Faktor- faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada pasien pre operasi dengan general anestesi di RSUD Kabupaten Temanggung. 6–18.
- Musyafa, A., Wirakhmi. I. N., & Sumarni, T. 2024. Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi. *Global Health Science Group: Jurnal Penelitian Perawat Indonesia*. Vol.6 No.3. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Nusantara, M., & Tinggi, T. (2021). *Gambaran pengetahuan pasien pra operasi tentang pentingnya puasa di rs. sri pamela medika nusantara tebing tinggi*.
- Maghfiroh, H. A. I., Susilo, C. B., & Dewi, S. C. (2019). Faktor- faktor yang berhubungan dengan kecemasan pada pasien pre operasi dengan general anestesi di RSUD Kabupaten Temanggung. 6–18.
- Operasi, P., Di, A., Bedah, R., Rumah, B., & Konawe, S. (2019). *Hubungan Pemberian Informed Consent Dengan Kecemasan Pada Pasien*. 02, 1–8.
- Palamba, A., Marna, A., & Andriany. (2020). Pengaruh Pemberian Edukasi Tentang Pembiusan Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Apendisitisi di Rumah Sakit Elim Rantepao Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Promotif*, 5(1), 90–102. <https://doi.org/10.56437/jikp.v5i1.31>
- Perry, & Potter. (2017). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. Retrieved from <https://doi.org/IOS3107-49534>.
- Putri, P., Afandi, A. T., & Lestari, D. K. (2022). Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Pre Operasi di Rumah Sakit. *Jurnal of Ners Community*, 13(5), 606–615.
- Ramadhan, D., Faizal, K. M., & Fitri, N. (2023). Pengaruh Konseling dengan Pendekatan, Thinking, Feeling dan Acting (TFA) terhadap Tekanan Darah pada Pasien Pre Operasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(2), 637–644. <https://doi.org/10.37287/jppp.v5i2.1522>
- Sugiarta, P.A., Juniarta, I.G.N., & Kamayani, M.O.A. 2021. Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pra-Operasi di RSUD Buleleng. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 9(3), 305313.

- Sitinjak, M.P., Dewi, D.A. M. S., & Sidemen, I. G. P. S. 2022. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Pembedahan Orthopedi di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. *Jurnal Medika Udayana*, 11(2), 25-29.
- Sjamsuhidajat, R., & De Jong, W. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat_DeJong. Sistem Organ dan Tindak Bedahnya (1)*. 4th ed. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S., & Bare, B. B. (2015). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC. Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
- Vellyana, D., Lestari, A., & Rahmawati, A. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Preoperative di RS Mitra Husada Pringsewu. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 108. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i1.403>

