

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dan Teori Terkait

1. Kecemasan

a. Pengertian Kecemasan

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Suliswati, 2005). Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Ramaiah, 2003). Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2007). Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus cemas. Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman.

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

b. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut. Tanda dan gejala kecemasan menurut Hawari (2008) antara lain adalah sebagai berikut :

- 1) Gejala psikologis : pernyataan cemas/khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
- 2) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
- 3) Gangguan konsentrasi daya ingat.
- 4) Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

Menurut Stuart (2007), respon terhadap kecemasan terdiri dari respon fisiologis, perilaku, kognitif, dan afektif. Respon - respon tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1. Respon fisiologis terhadap kecemasan (Stuart, 2007)

Sistem Tubuh	Respon
Kardiovaskuler	Palpitasi, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun, jantung seperti terbakar
Pernafasan	Nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorok, sensasi tercekik, terengah-engah.
Neuromuskuler	Reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, wajah tegang, kelemahan umum, gerakan yang janggal.
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan, menolak makan, abdomen discomfort, mual, diare.
Kulit	Wajah kemerahan, telapak tangan berkeringat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat
Traktus Urinarius	Tidak dapat menahan kencing, sering kencing.

**Tabel 2.2 respons perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan
(Stuart, 2007)**

Sistem	Respons
Perilaku	Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi, sangat waspada.
Kognitif	Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, mimpi buruk.
Afektif	Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, kekhawatiran, mati rasa, malu.

c. Faktor-faktor Penyebab Kecemasan

Beberapa teori penyebab kecemasan pada individu antara lain (Stuart dan Sundeen, 1998) :

1) Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan terjadi karena adanya konflik yang terjadi antara emosional elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili insting, super ego mewakili hati nurani, sedangkan ego berperan menengahi konflik yang terjadi antara dua elemen yang bertentangan. Timbulnya kecemasan merupakan upaya meningkatkan ego ada bahaya.

2) Teori Interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap adanya penolakan dan tidak adanya penerimaan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan fisik.

3) Teori Perilaku (Behavior)

Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala Sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan, stimuli lingkungan spesifik. Pola berpikir yang salah, terdistorsi, atau tidak produktif dapat mendahului atau menyertai perilaku maladaptif dan gangguan emosional..

4) Teori Prespektif Keluarga

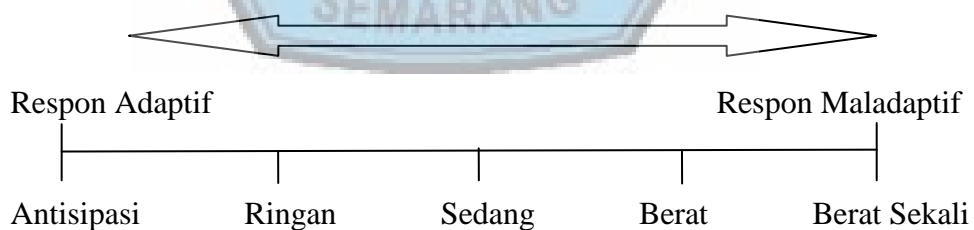
Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi dalam keluarga. Kecemasan menunjukkan adanya pola interaksi yang mal adaptif dalam sistem keluarga.

5) Teori Perspektif Biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khususnya yang mengatur ansietas, antara lain : benzodiazepines, penghambat asam amino butirik-gamma neroregulator serta endofirin. Kesehatan umum seseorang sebagai predisposisi terhadap ansietas.

d. Tingkat Kecemasan

Rentang respon kecemasan menggambarkan suatu derajat perjalanan cemas yang dialami individu (dapat dilihat dalam gambar 2.1)



Gambar 2.1. Skema Rentang Respon Kecemasan.

Tingkat kecemasan Stuart dan sunden (2007) membagi kecemasan menjadi empat tingkatan yaitu :

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lahan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Adapun respon atau tanda dari kecemasan ringan adalah sebagai berikut :

- a) Respon Fisiologis : sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar
- b) Respon Kognitif : lapang persegi meluas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif
- c) Respon perilaku dan Emosi : tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi

2) Kecemasan sedang

Pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun/individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain. Adapun respon atau tanda dari kecemasan sedang adalah sebagai berikut :

- a) Respon Fisiologis : Sering nafas pendek, nadi ekstra systole dan tekanan darah naik, mulut kering, anorexia, diare/konstipasi, gelisah
- b) Respon Kognitif : lapang persepsi menyempit, rangsang Luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya
- c) Respon Perilaku dan Emosi : gerakan tersentak-sentak (meremas tangan), bicara banyak dan lebih cepat, perasaan tidak nyaman

3) Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat lahan persepsi menjadi sempit. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal-hal yang lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntutan. Adapun respon atau tanda dari kecemasan berat adalah sebagai berikut :

- a) Respon Fisiologis : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur
- b) Respon Kognitif : lapang persepsi sangat menyempit, tidak mampu menyelesaikan masalah
- c) Respon Prilaku dan Emosi : perasaan ancaman meningkat, verbalisasi cepat, blocking

4) Panik

Pada tingkat ini persepsi sudah terganggu sehingga individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan atau tuntunan.

- a) Respon Fisiologis : nafas pendek, rasa tercekik dan berdebar, sakit dada, pucat, hipotensi
- b) Respon Kognitif : lapang persepsi menyempit, tidak dapat berfikir lagi
- c) Respon Prilaku dan Emosi : agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, blocking, persepsi Kacau

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart & Laraia (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain :

1) Faktor Internal

a) Pengalaman

Misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

b) Respon Terhadap Stimulus

Kemampuan seseorang menelaah rangsangan atau besarnya rangsangan yang diterima akan mempengaruhi kecemasan yang timbul.

c) Usia

Pada usia yang semakin tua maka seseorang semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah. Karena

pengetahuannya banyak maka seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu.

d) Jenis Kelamin

Jenis kelamin perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan jenis kelamin laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif.

2) Faktor Eksternal

a) Dukungan Keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan (Notoatmodjo, 2012).

b) Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar ibu dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif.

f. Alat ukur tingkat kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau panik dapat menggunakan beberapa alat ukur (instrumen), yaitu:

1) Alat ukur kecemasan yang dikutip dari Hawari (2008) menggunakan HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*), yang terdiri atas 14 komponen gejala, yaitu:

- a) Perasaan cemas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
- b) Ketegangan : merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah.
- c) Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak.

- d) Gangguan tidur : sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan.
- e) Gangguan kecerdasan : sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk.
- f) Perasaan depresri (murung) : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g) Gejala somatik/ fisik (otot) : sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk dan suara tidak stabil.
- h) Gejala somatik/ fisik (sensorik) : tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk-tusuk.
- i) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) : takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/ berhenti sekejap.
- j) Gejala respiratori (pernafasan) : rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas pendek/ sesak.
- k) Gejala gastrointestinal (pencernaan) : sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan.
- l) Gejala *urogenital* (perkemihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi.

- m) Gejala autoimun : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri.
- n) Tingkah laku/ sikap : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/ dahi berkerut, wajah tegang/ mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka antara 0-4, dengan penilaian sebagai berikut :

Nilai 0	= tidak ada gejala (keluhan)
Nilai 1	= gejala ringan
Nilai 2	= gejala sedang
Nilai 3	= gejala berat
Nilai 4	= gejala berat sekali/ panic.







Masing masing nilai angka (score) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu : total nilai (score) :

kurang dari 14	= tidak ada kecemasan,
14-20	= kecemasan ringan,
21-27	= kecemasan sedang,
28-4	= kecemasan berat,
42-56	= kecemasan berat sekali

2) Skala analog visual (*Visual Facial analog scale* atau VFAS)

Dalam penelitian Cao, et al (2017), Skala analog wajah visual adalah Suatu instrumen untuk mengkaji tingkatan kecemasan pasien pre operasi yang sangat mudah digunakan dan tidak membutuhkan waktu yang kurang dari 5 menit. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi kategori cemas yang dirasakan. VFAS dapat merupakan pengukuran tingkat kecemasan yang cukup sensitif karena pasien dapat memilih gambar muka yang mana yang sesuai dengan kecemasan yang pasien rasakan.

Gambar 2.2 Skor kecemasan VFAS (*British Journal of Anaesthesia* 1995)

Anxiety Level	None	Mild	Mild-Moderate	Moderate	Moderate-High	Highest
Faces						

Beberapa pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi yang sangat mengancam karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan tersebut ditandai dengan adanya beberapa gejala yang muncul seperti kegelisahan, ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, merasa tidak tenteram, sulit untuk berkonsentrasi, dan merasa tidak mampu untuk mengatasi masalah. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah, kecemasan timbul karena individu melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya, kecemasan juga terjadi karena individu merasa berdosa atau bersalah karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani.

Adanya berbagai macam kecemasan yang dialami individu dapat menyebabkan adanya gangguan-gangguan kecemasan terutama bagi pasien yang akan menjalani operasi aatau pembedahan

2. Keterlambatan Waktu Operasi Elektif

a. Pengertian Keterlambatan

Pengertian keterlambatan atau penundaan (*delay*) menurut Ervianto (2004) adalah sebagian waktu pelaksanaan yang tidak dapat dimanfaatkan sesuai dengan rencana kegiatan sehingga menyebabkan satu atau beberapa kegiatan mengikuti menjadi tertunda atau tidak diselesaikan tepat sesuai jadwal yang telah direncanakan. Wong (2009), keterlambatan dalam pelayanan operasi merupakan tanda-tanda dari kurang baiknya suatu sistem. Keterlambatan waktu operasi elektif adalah pelaksanaan tindakan

pembedahan yang tidak sesuai dengan waktu yang sudah dijadwalkan dan merupakan salah satu kurang baiknya mutu suatu sistem.

b. Prosedur Operasi Elektif

1) Sistem Penjadwalan Ruang Operasi

Ruang operasi merupakan bagian dari rumah sakit yang melibatkan sumber daya terbanyak dan menggunakan peralatan medis berteknologi tinggi, pasokan obat-obatan mahal, serta staf medis profesional yang telah terlatih. Jadi wajar jika ruang operasi menjadi sumber biaya terbesar operasional rumah sakit akibat tingginya biaya peralatan.

Ruang operasi merupakan suatu sistem terintegrasi yang disusun dari kumpulan lokasi, meliputi : area tunggu operasi, kamar operasi, ruang pemulihan, ruang ganti, dan ruang persiapan. Sedangkan sumber daya manusia yang diperlukan dalam pelaksanaan operasi adalah dokter bedah, dokter anestesi, perawat bedah dan anestesi. Kegiatan operasi sendiri dibedakan menjadi dua macam, yaitu :

- a. operasi elektif yaitu operasi yang direncanakan dan telah dijadwalkan sebelumnya dan bisa ditunda sesuai keseriusannya.
- b. Operasi darurat, yaitu operasi yang tidak direncanakan atau dijadwalkan sebelumnya yang tujuannya untuk menyelamatkan hidup seseorang dan menjaga fungsi organ tubuhnya.

Sedangkan ruangan operasi sendiri juga dibedakan menjadi dua sesuai jenis operasi yang ditangani, yaitu :

- a. Ruangan *non-emergency* yaitu ruang operasi yang dikhususkan menangani operasi elektif dan biasanya dibedakan sesuai spesialisasinya.
- b. Ruangan *emergency* yaitu ruang operasi yang dikhususkan menangani operasi darurat dan biasanya dapat melayani segala jenis spesialisasi operasi. Rata-rata rumah sakit memiliki lebih banyak ruangan *non-emergency* dibandingkan dengan ruangan *emergency*.

Usaha-usaha untuk meningkatkan efisiensi dalam penggunaan ruang operasi menjadi suatu hal penting. Maka dari itu, diperlukan *operating room management* yang baik untuk memaksimalkan utilitas dari sumber sumber daya dan fasilitas yang ada. Salah satu bagian penting dalam *operating room management* adalah penjadwalan ruang operasi (*operating room scheduling*), menjalankan standar prosedur operasional manajemen waktu kamar operasi sehingga tidak terjadinya keterlambatan dan penundaan operasi elektif. Penjadwalan ruang operasi yang baik akan membantu rumah sakit dalam mengatur ruang operasi menjadi efisien dengan cara menerapkan dan mematuhi standar prosedur operasional yang ada di kamar operasi.

Penjadwalan ruang operasi merupakan keputusan mengenai waktu, tempat, serta susunan staf medis dan perlengkapan untuk setiap tindakan operasi yang akan dilakukan oleh beberapa dokter bedah berbeda dalam suatu siklus penjadwalan dan menggunakan aturan tertentu pula (Di wang dan Jiuping Xu, 2008). Jika penjadwalan terlalu ketat, kegiatan operasi menjadi kurang fleksibel, panjangnya antrian pasien, . secara umum pola penjadwalan ruang operasi dibagi menjadi 3 strategi yaitu :

1. Strategi penjadwalan terbuka / *nonblocking* (*open scheduling strategy*), yaitu strategi hari apapun, dimana dokter bedah dapat memilih kapanpun untuk melaksanakan operasi. Pasien yang datang lebih dahulu, akan terlebih dahulu pelaksanaan operasinya.
2. Strategi *blocking*, yaitu penentuan alokasi waktu terhadap spesialisasi tertentu sebelumnya dalam siklus waktu tertentu. Secara teori, dokter bedah telah memiliki blok mereka masing-masing atau waktu yang dikhususkan untuk mereka dan tidak dapat diganggu oleh yang lain. Salah satu resikonya adalah rendahnya utilisasi ruangan apabila penjadwalan yang dilakukan tidak sempurna. Biasanya digunakan di rumah sakit swasta.

3. Strategi modifikasi *blocking*

Merupakan gabungan dari strategi sebelumnya, yaitu penjadwalan ruang operasi dengan mengalokasikan waktu khusus di ruang operasi tertentu dengan metode *blocking* dan ruang operasi lain dengan strategi *nonblocking*. Keuntungan dari sistem ini adanya fleksibilitas lebih untuk kegiatan operasinya dan berkurangnya resiko *overtime*.

2) Tujuan penjadwalan operasi elektif

Untuk meningkatkan standar mutu pelayanan instalasi kamar operasi maka diperlukan strategi untuk mengatur jadwal dan standar prosedur operasional. Jadwal operasi yang buruk juga akan berpengaruh terhadap angka *waiting time* dan *overtime*. Salah satu penyebab angka *waiting time* yang tinggi adalah penggunaan jadwal kamar operasi tidak efisien yang dapat mengakibatkan perubahan jadwal berikutnya dengan *waiting time* pasien bertambah. Hal ini dapat berpengaruh pada kondisi kesehatan pasien dan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit.

Dengan permasalahan tersebut, dibutuhkan sebuah penjadwalan yang efektif untuk meningkatkan reputasi dan performa rumah sakit. Tujuan dibuatnya proses penjadwalan supaya tercapainya tertib administrasi dan optimalisasi jadwal operasi elektif. Pasien yang direncanakan akan dilakukan operasi elektif dipersiapkan di ruangan perawatan, kemudian dikonsulkan ke poliklinik anastesi, setelah semua persiapan operasi selesai dilakukan, maka perawat ruangan perawatan mendaftarkan ke petugas penjadwalan operasi di kamar operasi, setelah ditetapkan jadwal operasi maka petugas penjadwalan operasi memberitahukan kepada perawat ruangan perawatan dan kepada operator yang akan melakukan operasi.

Tabel 2.3 Standar Prosedur Operasional Pendaftaran Operasi Elektif di Instalasi Bedah Sentral RSUP Dr. Kariadi Semarang

No	Komponen	Uraian
1	Pengertian	Suatu langkah – langkah dalam melakukan pendaftaran program operasi elektif di instalasi bedah sentral dan day surgery
2	Tujuan	Untuk dapat digunakan sebagai panduan dalam melakukan pendaftaran program operasi di instalasi bedah sentral dan day surgery agar dapat dilakukan sesuai standar prosedur operasional yang berlaku
3	Kebijakan	SK Direktur No HK.00.01/I.IV.493?2012 tentang sasaran keselamatan pasien RSUP Dr. Kariadi
4	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengisian format pendaftaran operasi yang telah dibakukan 2. Sis setiap kolom dalam format selengkap-lengkapny 3. Bubuhkan tanda tangan programmer dan kepala ruang yang bersangkutan 4. Kirim form pendaftaran dengan lampiran form verifikasi yang telah terisi lengkap oleh dokter operator ke IBS?DS melalui loket 5. Kirim ke IBS dan DS melalui petugas loket paling lambat jam 13.00 satu hari sebelum program operasi 6. Pendaftaran melalui telepon dapat diterima dengan catatan: <ol style="list-style-type: none"> a. Catat identitas dan data pasien lengkap sesuai dengan kebutuhan isian format pendaftaran operasi b. Sampaikan identitas diri dan tujuan pada saat menghubungi IBS/DS c. Tanyakan identitas penerima telepon IBS dan DS serta catat identitasnya d. Sampaikan secara jelas identitas dan data pasien sesuai urutan kolom yang ada pada format pendaftaran operasi 7. Sampaikan bahwa informasi tersebut sudah sepengetahuan dokter operator, dokter anastesi dan kepala ruang atau yang mewakili 8. Mintalah pada penerima telepon untuk membaca informasi yang telah saudar sampaikan guna validasi keakuratan data
5	Unit terkait	IRNA, IRIN, IRDA,IBS

c. Faktor yang mempengaruhi Keterlambatan Operasi Elektif

Operasi elektif adalah tindakan pembedahan yang telah direncanakan sebelumnya, sehingga secara fisik, psikis, maupun fisiologis pasien sudah dipersiapkan seoptimal mungkin. Dengan demikian kemungkinan yang akan terjadi selama pembedahan dapat dideteksi, sehingga dapat dilakukan pencegahan serta dipersiapkan penanggulangan seoptimal mungkin. Penjadwalan operasi yang buruk juga akan berpengaruh terhadap waktu tunggu operasi berikutnya. Angka waiting time yang tinggi dapat berpengaruh pada kondisi kesehatan dan kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit. Jadi permasalahan yang dihadapi dalam suatu penjadwalan ruang operasi adalah mengenai bagaimana menugaskan sejumlah sumber daya yang ada (staf medis yang ada dan fasilitas fisik operasi) secara optimal untuk menangani sejumlah operasi elektif pada periode waktu tertentu berikut urutannya dengan memperhatikan kapasitas yang ada dengan tujuan meminimalkan biaya, waktu overtime, resiko gangguan, dan waktu tunggu pasien.

Hasil kegiatan operasi elektif di RSUP Dr. Kariadi Semarang untuk bulan Januari sampai bulan Juni 2017 dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 2.4. Operasi elektif bulan Januari sampai Juni 2017
RSUP Dr. Kariadi Semarang**

Bulan	Tepat Waktu	Tidak Tepat Waktu	Tdk ada jamnya	Batal	Jumlah Operasi Elektif
Januari	148	679	358	80	1265
Februari	148	637	352	50	1187
Maret	148	740	317	63	1268
April	103	594	308	50	1055
Mei	131	648	407	64	1250
Juni	112	471	249	32	864

Berdasarkan data diatas angka keterlambatannya masih sangat tinggi rata2 50% per bulan. Hal ini disebabkan karena lamanya waktu operasi elektif sebelumnya, kedatangan tim bedah antara lain operator, anestesi, tim perawat, jumlah keterbatasan tenaga perawat, tidak adanya pembatasan pendaftaran operasi elektif, keterbatasan sarana dan prasarana. Akibat banyaknya keterlambatan waktu pelaksanaan operasi elektif mengakibatkan meningkatnya kecemasan pasien. Pasien selalu bertanya kepada perawat ruangan kapan akan dilakukan operasi padahal sudah melebihi waktu yang telah dijanjikan kepada pasien. Lamanya waktu puasa pasien juga mengakibatkan kecemasan yang lebih berat dan akan mengganggu kondisi kesehatan pasien.

d. Penatalaksanaan Pasien Pre Operatif

Pelaksanaan suatu kasus operasi, ada yang bisa direncanakan dan ada yang harus segera dilakukan. Bila operasi telah direncanakan beberapa saat sebelumnya disebut sebagai operasi elektif, sedangkan bila dilakukan secara mendadak disebut sebagai operasi cito (Kemenkes, 2008). Tindakan bedah juga dapat dibedakan antara pembedahan resiko tinggi dan resiko rendah. Walaupun pasien dalam pembedahan resiko tinggi tapi kalau dipersiapkan dengan baik maka komplikasi post operatif yang mungkin terjadi bisa dihindari.

Sesuai dengan standar JCAHO (*The Joint Commission for Accreditation of healthcare Organizations*) bahwa setiap pasien yang akan mengalami anestesi, harus dilakukan evaluasi pre anestesi (Sabiston textbook of surgery, 2007). Pasien yang akan menjalani anestesi dan pembedahan (elektif dan Darurat) harus dipersiapkan dengan baik. Kunjungan praanestesi pada bedah elektif dilakukan 1-2 hari sebelumnya yang bertujuan mempersiapkan mental dan fisik pasien secara optimal, merencanakan dan memilih teknik dan obat-obat anestesi yang sesuai, serta menentukan klasifikasi yang sesuai dengan klasifikasi ASA.

American Society of Anesthesiology (2002), seorang pasien yang akan menjalani operasi dibagi menurut kategori fisik sebagai berikut:

Tabel 2.5 kriteria pasien pre operasi menurut ASA (2002)

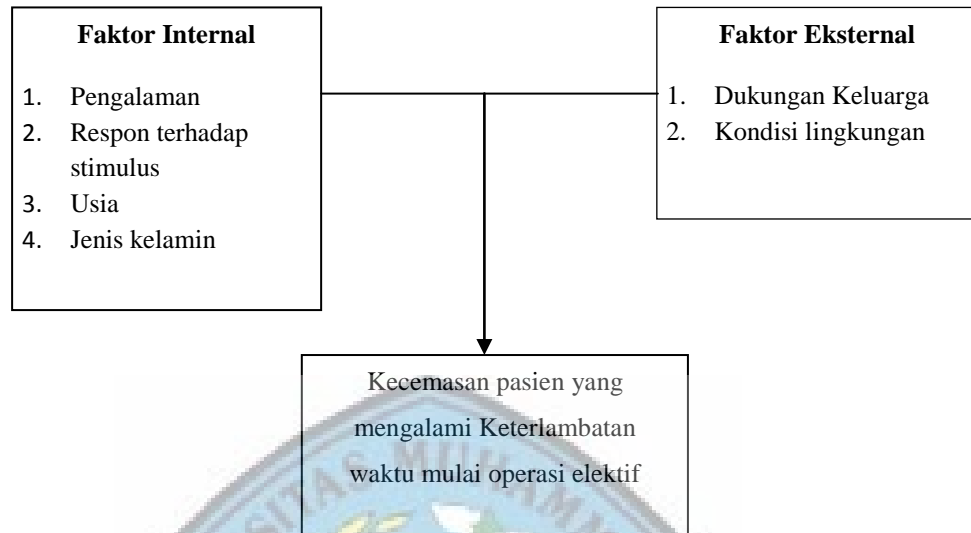
Kelas	Status Fisik
ASA I	Seorang pasien yang normal dan sehat, selain penyakit yang akan dioperasi.
ASA II	Seorang pasien dengan penyakit sistemik ringan sampai sedang.
ASA III	Seorang pasien dengan penyakit sistemik berat yang belum mengancam jiwa.
ASA IV	Seorang pasien dengan penyakit sistemik berat yang mengancam jiwa.
ASA V	Penderita sekarat yang mungkin tidak bertahan dalam waktu 24 jam dengan atau tanpa pembedahan, kategori ini meliputi penderita yang sebelumnya sehat, disertai dengan perdarahan yang tidak terkontrol, begitu juga penderita usia lanjut dengan penyakit terminal.

Beberapa pemeriksaan penunjang diagnostik dan indikasinya yang dianjurkan oleh ICSI (*Institute for Clinical Systems Improvement*) *Health Care Guidelines* sebagai persiapan pre operasi adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6 Pemeriksaan Penunjang Pre Operasi dan Indikasinya

No	Jenis Pemeriksaan	Indikasi
1	EKG	Bila EKG terakhir dilakukan 1 tahun yang lalu pada pasien dengan riwayat diabetes, hipertensi, sakit dada, gagal jantung kongestif, penyakit vaskuler perifer, perokok, kurang gerak, obesitas. Pada evaluasi pre operasi pasien mengeluh atau menunjukkan gejala gangguan kardiovaskuler.
2	Pemeriksaan Koagulasi	Pasien dengan riwayat atau menderita gangguan koagulasi, atau sedang dalam terapi antikoagulan. Pasien yang memerlukan anti koagulan post operasi.
3	Hemoglobin	Pasien yang menunjukkan gejala anemia atau ada riwayat perdarahan sebelumnya.
4	Kalium	Pasien dengan terapi digoxin, diuretic, ACE-inhibitor, ARB
5	Foto Toraks	Pasien dengan riwayat atau menunjukkan gejala, gangguan kardio-pulmonal

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Teori (Stuart & Laraia, 2005)

C. Variabel Penelitian

Variabel adalah gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati (Sugiyono, 2010). Variabel dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien yang mengalami keterlambatan waktu mulai operasi elektif.

D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian atau sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini yaitu adanya gambaran tingkat kecemasan pasien yang mengalami keterlambatan waktu mulai operasi elektif di ruang Rajawali RSUP Dr. Kariadi Semarang.