

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar penyakit

1. Pre operasi

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis invasive yang penting dalam pelayanan kesehatan, dengan tujuan menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi.

Operasi adalah suatu tindakan medis yang menggunakan cara invasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dengan pembedahan. Pembukaan tubuh pada umumnya dengan pembuatan sayatan. Dilakukan tindakan perbaikan yang akan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Kesuksesan tindakan pembedahan secara eseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Fase ini merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahap-tahapan berikutnya. (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2016).

2. Laparatomi

a. Definisi laparatomi

Laparatomi merupakan insisi pembedahan melalui pinggang, tetapi tidak selalu tepat dan lebih umum dilakukan dibagian perut dimana saja (Dorland, 2012).

Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan

kandungan (Smeltzer & Bare, 2016). Tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparatomi yaitu : Herniotomi, gastrektomi, kolesistoduodenostomi, hepaterektomi, splenektomi/ splenotomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi atau fistulektomi. Tindakan bedah kandungan yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparatomi adalah berbagai jenis operasi uterus, operasi pada tuba fallopi dan operasi ovarium, yaitu: histerektomi baik itu histerektomi total, histerektomi sub total, histerektomi radikal, eksenterasi pelvic dan salingo-coforektomi bilateral. Selain tindakan bedah dengan teknik sayatan laparatomi pada bedah digestif dan kandungan, teknik ini juga sering dilakukan pada pembedahan organ lain antara lain ginjal dan kandung kemih (Syamsuhidayat & Jong, 2008).

b. Indikasi laparatomi

Indikasi dilakukan laparatomi antara lain (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) :

- 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar
- 2) Peritonitis
- 3) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 5) Masa pada abdomen.

Laparotomi dapat dilakukan pada kelainan-kelainan intraabdomen sebagai berikut (Saleh & Winata, 2016):

- 1) Kehamilan ektopik
- 2) Endometriosis
- 3) Apendisitis atau radang usus buntu
- 4) Cedera traumatik pada organ dalam
- 5) Infeksi perut
- 6) Kanker usus, hati, pankreas, dan indung telur
- 7) Batu ginjal
- 8) Divertikulitis
- 9) Pankreatitis
- 10) Abses hati
- 11) Abses retroperitoneal
- 12) Abses perut (abdomen)
- 13) Abses panggul (pelvis)
- 14) Adhesi, jaringan parut di perut
- 15) Peritonitis

c. Persiapan pre operasi laparotomi

Persiapan pasien sebelum operasi adalah persiapan umum, riwayat kesehatan, persiapan psikospiritual, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, pemeriksaan skrinning tambahan (Muttaqin & Sari, 2009).

1) Persiapan umum

Persiapan umum terdiri atas identitas pasien dan persiapan *informed consent* (Muttaqin & Sari, 2009).

2) Riwayat kesehatan

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respon fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Pengkajian riwayat alergi juga harus dilakukan sebelum menjalani pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009).

3) Persiapan psikospiritual

Pasien yang akan menjalani pembedahan akan menimbulkan berbagai dampak psikologis diantaranya kecemasan praoperatif, perasaan takut, konsep diri yang negatif, citra diri, dan coping yang tidak efektif. Maka dari itu persiapan psikospiritual memainkan peranan penting untuk mengatasi ketakutan sebelum pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009).

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang harus dilakukan diantaranya pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital yang cenderung mengalami kenaikan karena reaksi kecemasan pasien, pengkajian tingkat kesadaran, pengkajian status nutrisi, pemeriksaan head to toe terutama pada daerah yang akan dilakukan pembedahan, pemeriksaan keseimbangan cairan dan elektrolit (Muttaqin & Sari, 2009).

5) Nutrisi dan cairan

Program “NPO setelah tengah malam” telah menjadi kebiasaan lama karena anestetik diyakini dapat menekan fungsi gastrointestinal dan akan berbahaya jika pasien mengalami muntah atau aspirasi selama pemberian anestetik umum (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

6) Eliminasi

Enema sebelum pembedahan mungkin diprogramkan apabila pembedahan usus direncanakan. Enema membantu mencegah konstipasi pascaoperatif dan kontaminasi area pembedahan oleh feses. Setelah pembedahan yang melibatkan usus, peristaltik sering belum kembali selama 24 atau 48 jam. Kandung kemih juga harus dikosongkan sebelum menerima obat praoperatif. Hal ini membantu mencegah cedera yang tidak perlu pada kandung kemih terutama selama pembedahan pelvis (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010).

7) Hygiene

Kuku pasien harus dipotong dan bebas dari cat kuku atau semua jenis perhiasan harus dilepas sehingga bagian dasar kuku, kulit dan bibir dapat terlihat ketika sirkulasi dikaji selama dan setelah pembedahan. Segera sebelum pembedahan, perawat melepas atau meminta pasien melepas semua ikat atau penjepit rambut. Karena benda-benda ini dapat menekan atau menyebabkan kerusakan

dan kecelakaan pada kulit kepala ketika pasien dalam keadaan tidak sadar (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2010)

8) Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostic terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit serum, koagulasi, kreatinin serum, dan urinalisis. Apabila pemeriksaan diagnostic menunjukkan masalah yang berat, maka ahli bedah dapat membatalkan pembedahan sampai kondisi pasien stabil (Muttaqin & Sari, 2009).

9) Pemeriksaan skrinning tambahan

Pada beberapa prosedur bedah tertentu diperlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah, misalnya: sinar-X dada, EKG, USG, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan diagnosis prabedah (Muttaqin & Sari, 2009).

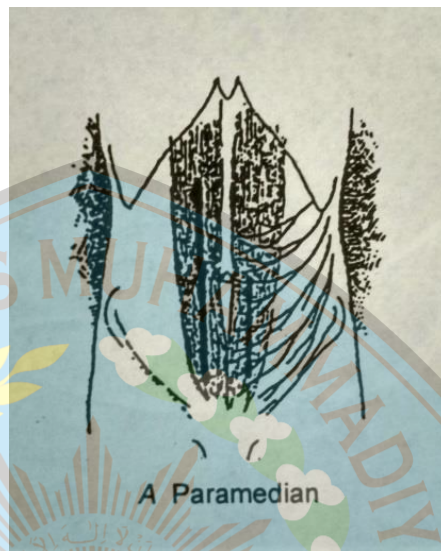
d. Teknik sayatan laparatomi

Insisi-insisi yang paling sering digunakan diidentifikasi berdasarkan lokasi adalah *paramedian insision* (konvensional), garis tengah, *transversus*, *subcostal insision*, *pfannenstiel insision*, *McBurney gridiron* (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

1) *Paramedian Insision "trapp door"* (konvensional)

Insisi ini dapat dibuat baik di sebelah kanan atau kiri dari garis tengah. Kira-kira 2,5 cm sampai 5cm dari garis tengah. Insisi dilakukan vertikal, di atas sampai bawah umbilikus, *M. Rectus*

Abdominis didorong ke lateral dan peritoneum dibuka juga 2,5 cm lateral dari garis tengah (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

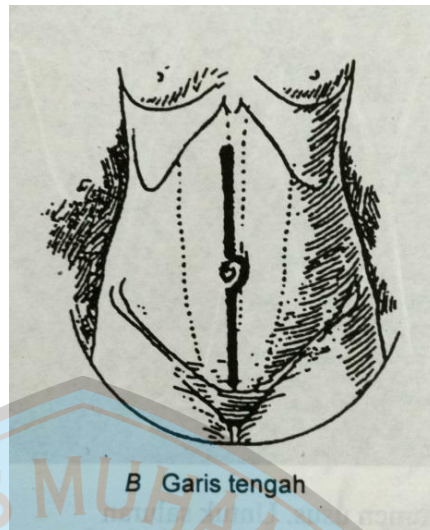


Gambar 2.1. Sayatan *paramedian* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006).

2) *Garis tengah*

Insisi garis tengah dibuat melalui kulit dan jaringan subkutan dari sebuah titik, tetapi dibawah atau diatas umbilikus ke tepat dibawah prosesus xifoideus atau tepat diatas simfisis pubis. pembungkus otot rektus kanan dan kiri, dengan isi otot rektusnya, di retraksi ke arah lateral sehingga fascia transversalis dan peritoneum dibawahnya terlihat (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

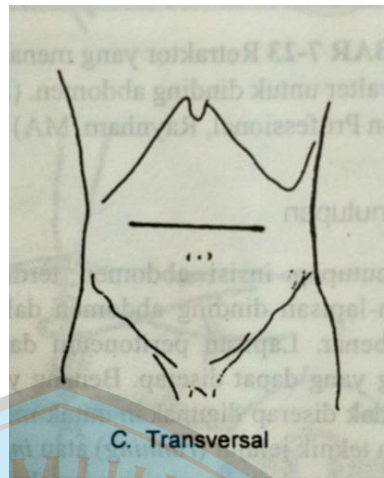


Gambar 2.2. Sayatan *garis tengah* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

3) *Transversus*

Insisi transversus dibuat melalui kulit dan jaringan subkutis dari satu batas lateral otot rektus ke batas lain pada ketinggian tertentu di dinding abdomen. Kedua pembungkus otot rektus anterior dipajankan dan dipotong secara transversal dari batas lateral salah satu otot ke batas lateral otot lain. Selubung rektus posterior, fascia transversalis, linea alba, dan peritoneum diinsisi secara berhati-hati (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

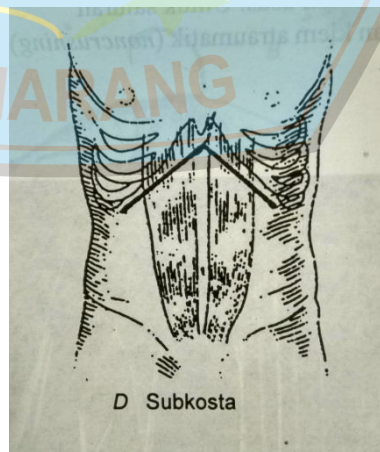


Gambar 2.3. Sayatan *transversus* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

4) *Subcostal Insision*

Insisi *Subcostal* kanan yang biasanya digunakan untuk pembedahan empedu dan saluran empedu (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

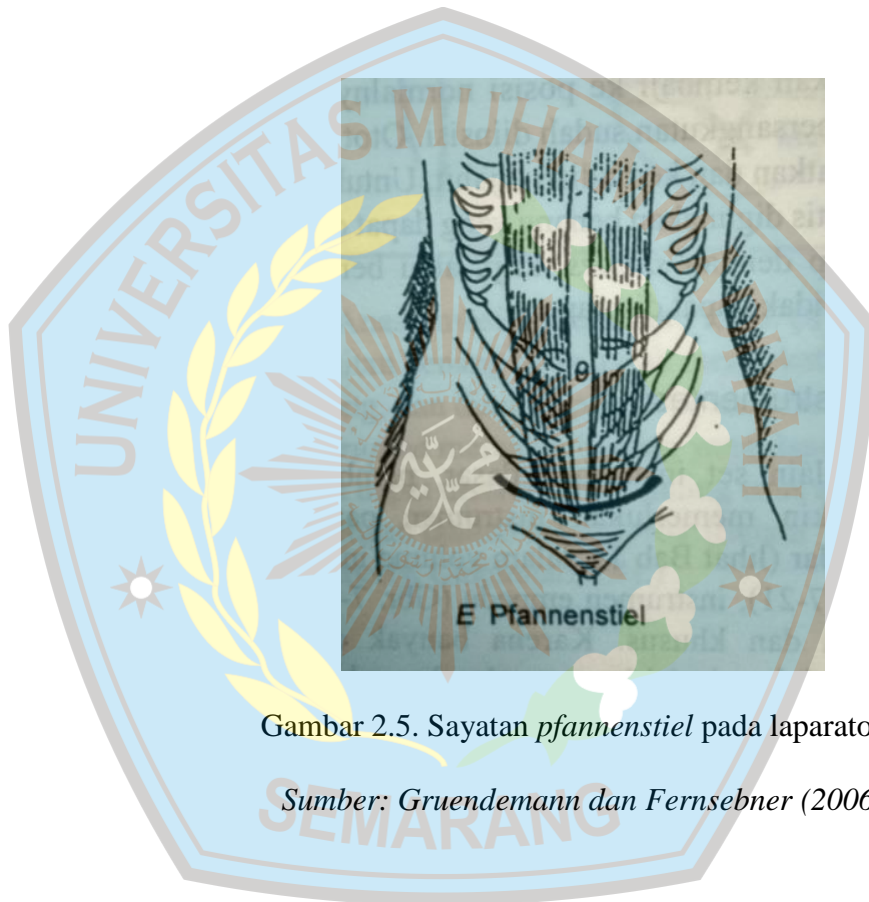


Gambar 2.4. Sayatan *subcostal* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

5) *Pfannenstiel Insision*

Insisi yang populer dalam bidang ginekologi dan juga dapat memberikan akses pada ruang retroperitoneal pada laki-laki untuk melakukan extraperitoneal retroperitoneal prostatectomy (Gruendemann & Fernsebner, 2006).

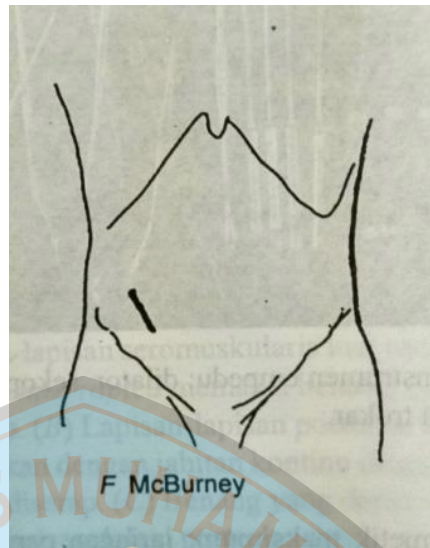


Gambar 2.5. Sayatan *pfannenstiel* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

6) *McBurney Gridiron (Irisan oblique)*

Dilakukan untuk kasus apendisitis akut dan diperkenalkan oleh Charles McBurney pada tahun 1894, otot-otot dipisahkan secara tumpul (Gruendemann & Fernsebner, 2006).



Gambar 2.6. Sayatan *McBurney* pada laparatomi

Sumber: Gruendemann dan Fernsebner (2006)

e. Efek samping laparatomi

Efek samping dilakukan tindakan laparatomi (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) sebagai berikut:

- 1) Ventilasi paru tidak adekuat
- 2) Gangguan kardiovaskuler: hipertensi, aritmia jantung
- 3) Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 4) Gangguan rasa nyaman.

3. Konsep kecemasan

a. Definisi kecemasan

Kecemasan adalah kebingungan atau kekhawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek

(Stuart, 2016). Kecemasan merupakan kondisi emosi yang dirasakan secara subyektif dengan obyek tidak jelas dan spesifik, akibat antisipasi bahaya yang dilakukan individu untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah sebuah emosi atau perasaan khawatir yang berlebih dan tidak jelas, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan membuat seseorang tidak nyaman.

b. Etiologi

Penyebab kecemasan dibagi menjadi dua faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Stuart, 2016).

1) Faktor predisposisi (pendukung)

Penyebab kecemasan yang terjadi pada individu antara lain :

a) Faktor biologis

Faktor yang berkaitan dengan otak dan saraf manusia yang akan menentukan perilaku. Otak manusia mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin yang membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA (asam gama-amino butriat) juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas, sebagaimana halnya dengan endorfin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor (Purwanto, 2015).

b) Faktor psikologis

Faktor yang memercayai bahwa seseorang yang telah terpapar kekhawatiran yang intens akan cenderung mengalami kecemasan.

(1) Pandangan psikoanalisis

Dalam pandangan psikoanalisis, kecemasan merupakan konflik yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id, ego, dan superego. Id mewakili dorongan insting dan implus primitive seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari id dan superego. Dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Pieter, Janiwarti, & Saragih, 2011).

(2) Pandangan interpersonal.

Kecemasan timbul dari perasaan takut dari adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Hal ini juga berhubungan dengan trauma perkembangan seperti perpisahan maupun kehilangan (Purwanto, 2015).

(3) Pandangan perilaku.

Kecemasan merupakan produk frustrasi, disebabkan oleh sesuatu yang mengganggu pencapaian tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan diri untuk menghindari kepedihan. Teori konflik

memandang cemas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Cemas terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan : konflik menimbulkan kecemasan, dan cemas menimbulkan peradaan tidak berdaya, yang pada akhirnya meningkatkan konflik yang dirasakan (Stuart, 2016).

(4) Kajian keluarga

Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan merupakan hal biasa ditemui dalam suatu keluarga. Adanya tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan gangguan depresi (Stuart, 2016).

2) Faktor presipitasi (pencetus)

Pengalaman cemas setiap individu berbeda-beda, tergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan (Stuart, 2016).

(1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi, potensial cacat fisik atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

(2) Ancaman terhadap sistem diri meliputi, hal yang dapat mengancam identitas, harga diri, dan fungsi sosial pada individu.

c. Tanda dan gejala kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan (PPNI, 2016) meliputi:

- 1) Bingung
- 2) Gelisah
- 3) Bicara cepat
- 4) Anoreksia
- 5) Tremor
- 6) Khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 7) Tidak mampu berkonsentrasi atau tidak memahami penjelasan

d. Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan diklasifikasikan menjadi 4 yaitu (Stuart, 2016) :

1) Kecemas ringan

Kecemasan ringan adalah suatu perasaan bahwa ada sesuatu yang tidak beres dan memerlukan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat yang dapat membantu individu menjadi lebih fokus, berfikir, bertindak untuk menyelesaikan masalah, mencapai tujuan, atau melindungi diri atau orang lain. Kecemasan ringan dapat mendorong atau memotivasi orang untuk melakukan perubahan atau melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan (Baradero, Dayrit, & Maratning, 2015). Kecemasan ringan berhubungan dengan ketergantungan dalam kehidupan sehari – hari seperti cemas yang

menyebabkan individu menjadi waspada, menajamkan indera dan meningkatkan lapang persepsinya (Stuart, 2016).

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang adalah suatu perasaan yang mengganggu karena ada sesuatu yang pasti salah, individu gugup dan tidak dapat tenang (Baradero, Dayrit, & Maratning, 2015). Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (Stuart, 2016).

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat adalah kecemasan yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain (Stuart, 2016). Seseorang dengan kecemasan berat sulit untuk berpikir realistis dan membutuhkan pengarahan untuk memusatkan perhatian. Respon fisiologis yang dialami seperti napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, banyak berkeringat, sakit kepala, penglihatan kabur, dan mengalami ketegangan (Pieter, Janiwarti, & Saragih, 2011).

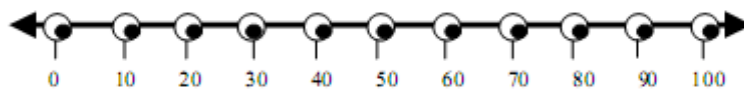
4) Panik

Pada kondisi ini berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan keperincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali. Individu tidak mampu untuk melakukan

sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi, kepribadian yang ditandai dengan meningkatnya kegiatan motorik (Stuart, 2016). Dan pada tahap panik tersebut secara tidak sadar individu memakai mekanisme pertahanan diri. Otot-otot menjadi tegang dan tanda-tanda vital meningkat, gelisah, tidak tenang, tidak sabar, dan cepat marah (Baradero, Dayrit, & Maratning, 2015).

e. Alat ukur tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan dapat dikaji dengan menggunakan alat ukur yang dikenal dengan nama *Visual Analog Scale for Anxiety* (VAS-A). VAS-A merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang dikembangkan oleh beberapa peneliti, dengan menggunakan suatu garis lurus yang mewakili tingkatan kecemasan berupa skala panjang 0 mm sampai 100 mm dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya yaitu ujung sebelah kiri yang mengidentifikasi “tidak ada kecemasan” hingga ujung sebelah kanan yang menyatakan “kecemasan sangat berat / panik”. Pasien dimohon untuk memberikan tanda pada garis yang menggambarkan perasaan cemas yang dialami saat itu. Pengukuran dengan VAS – A pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 10 – 30 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai antara 40 - 60 cemas sedang, diantara 70 – 90 cemas berat, dan 100 dianggap panik.



Gambar 3.1 Skor kecemasan VAS (*British Journal of Anaesthesia* 1995)

B. Konsep asuhan keperawatan

1. Pengkajian

a. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan cenderung akan merasa cemas mengenai prosedur yang akan dilakukan karena mereka tidak mengetahui konsekuensi pembedahan dan takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri. Perilaku pasien juga akan menggambarkan keadaan-keadaan yang gelisah dan sering bertanya mengenai pembedahan.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien yang akan diprogramkan untuk dilakukan tindakan laparatomi adalah pasien yang sedang mengalami penyakit di daerah abdomen seperti trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya, tingkat rasa ketidaknyamanan, besarnya ketidakmampuan yang ditimbulkan, dan seluruh tingkat perawatan yang pernah diberikan adalah faktor-faktor yang mungkin akan menimbulkan reaksi kecemasan pada pasien (Muttaqin & Sari, 2009). Pasien yang baru pertama kali akan menjalani operasi biasanya akan mengalami kecemasan yang lebih dari pasien yang sudah pernah mengalami operasi sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien yang mengalami penyakit di daerah abdomen dapat terjadi karena faktor bawaan maupun tidak. Pengalaman pembedahan dalam anggota keluarga juga akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap pembedahan sebagai contoh anggota keluarga yang setelah menjalani operasi mengalami berbagai macam ketidakmampuan atau bahkan kegagalan dalam tindakan operasi.

b. Pengkajian fungsional

1) Pola persepsi & pemeliharaan kesehatan

Pasien yang mengalami penyakit-penyakit kronis yang memerlukan tindakan laparatomi biasanya adalah pasien yang

hanya memeriksakan kesehatannya disaat dirasa penyakit sudah menjadi sangat terasa sehingga harus dilakukan pembedahan untuk kesembuhannya.

2) Pola nutrisi

Pasien yang sedang mengalami penyakit daerah abdomen cenderung nafsu makan berkurang dan biasanya sekitar satu hari sebelum operasi pasien diharuskan untuk puasa.

3) Pola eliminasi

Pasien yang mengalami reaksi kecemasan lebih cenderung untuk sering berkemih. Pasien yang mengalami penyakit-penyakit abdomen seperti trauma abdomen atau sumbatan pada saluran pencernaan akan cenderung mengalami konstipasi.

4) Pola aktifitas

Pasien yang akan menjalani operasi dan dirawat di rumah sakit cenderung tidak melakukan aktifitas tetapi lebih banyak berbaring di tempat tidur. Pasien yang cemas akan selalu meminta untuk ditemani sebelum menjalani program operasi.

5) Pola istirahat & tidur

Pasien yang mengalami kecemasan karena program operasi cenderung selalu memikirkan operasi itu sendiri dan sulit untuk memulai tidur karena fikiran yang tidak tenang.

6) Pola persepsi dan sensori

Pasien yang akan menjalani operasi akan mengalami kecemasan yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stressor atau stimulus yang mengancam.

7) Pola koping

Individu dapat mengatasi stres dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut yang berupa, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stres dan mengadopsi strategi koping yang berhasil. Ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya; ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan ketika ansietas menjadi lebih intens (Stuart, 2016).

8) Pola spiritual

Pasien yang memiliki kepercayaan spiritual yang tinggi lebih cenderung dapat menoleransi kecemasan yang lebih konstruktif karena kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang harus dilakukan diantaranya pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital, yang cenderung mengalami kenaikan karena reaksi kecemasan pasien

d. Pemeriksaan diagnostik

Pada beberapa prosedur bedah tertentu diperlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah, misalnya: EKG, USG. Pasien dengan penyakit daerah abdomen akan terlihat hasil USG yang abnormal.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat dirumuskan pada pasien pre operasi laparatomi menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan, ancaman kehilangan organ atau fungsi tubuh dari prosedur pembedahan dan prognosis pembedahan.
- b. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengalaman tentang operasi, kesalahan informasi.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur akibat rencana pembedahan.

3. Rencana keperawatan

- a. Diagnosa : Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan, ancaman kehilangan organ atau fungsi tubuh dari prosedur pembedahan dan prognosis pembedahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, kecemasan klien berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil :

Kriteria hasil yang dirumuskan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Klien menyatakan kecemasannya berkurang
- 2) Klien tidak gelisah, tidak berkeringat dingin
- 3) Otot dan ekspresi wajah tidak menggambarkan ketegangan
- 4) Mudah dalam berkonsentrasi
- 5) Klien kooperatif terhadap tindakan
- 6) Terjadi penurunan tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi pernafasan
- 7) Klien tidak diare dan tidak sering berkemih.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
Rasional: membina hubungan saling percaya dengan pasien supaya pasien menjadi trust dan kooperatif dengan tindakan keperawatan.
- 2) Dorong verbalisasi perasaan, persepsi, dan ketakutan
Rasional: menggali data subyektif pasien

3) Kaji tingkat kecemasan pasien

Rasional: mengetahui tingkat kecemasan pasien dan sebagai acuan untuk intervensi selanjutnya

4) Pahami situasi yang memicu kecemasan pasien

Rasional: untuk menghindari hal yang dapat membuat kecemasan pasien meningkat

5) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien

Rasional: supaya pasien mengetahui tujuan dan manfaat dari intervensi yang dilakukan

6) Berikan informasi faktual terkait diagnosis, perawatan dan prognosis sesuai situasi dan kondisi pasien

Rasional: memberikan informasi yang benar supaya pasien tidak sering timbul pertanyaan dalam dirinya yang akan meningkatkan kecemasan.

7) Yakinkan mengenai keberhasilan tindakan pembedahan

Rasional: kecemasan terbesar pasien adalah kekhawatiran apabila tindakan pembedahan yang tidak berhasil.

8) Dorong keluarga untuk menemani pasien

Rasional: melibatkan potensi dalam keluarga serta pasien akan lebih nyaman apabila ditemani oleh orang yang berarti dalam kehidupannya Lakukan usapan pada punggung/ leher dengan cara yang tepat

9) Latih klien untuk melakukan hypnosis lima jari

Rasional: relaksasi efektif dalam menenangkan pikiran pasien sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan

10) Kolaborasikan pemberian obat anti ansietas apabila tindakan mandiri perawat tidak dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat pada pasien

Rasional: obat anti ansietas dapat menurunkan tingkat kecemasan yang berat karena obat tersebut langsung memberikan efek pada sistem limbik.

b. Diagnosa : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang pengalaman tentang operasi, kesalahan informasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pengetahuan pasien dan keluarga tentang pembedahan dapat terpenuhi.

Kriteria Hasil :

Kriteria hasil yang dirumuskan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien dan keluarga mengetahui jadwal pembedahan
- 2) Pasien dan keluarga kooperatif pada setiap intervensi keperawatan
- 3) Pasien dan keluarga secara subjektif menyatakan bersedia dan termotivasi untuk melakukan aturan atau prosedur prabedah yang telah dijelaskan.

- 4) Pasien dan keluarga memahami tahap-tahap intraoperatif dan pascaanestesi
- 5) Pasien dan keluarga mampu mengulang kembali secara narasi mengenai intervensi prosedur pascaanestesi
- 6) Pasien dan keluarga mengungkapkan alasan pada setiap instruksi dan latihan preoperatif
- 7) Pasien dan keluarga memahami respon pembedahan secara fisiologis dan psikologis.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Kaji tingkat pengetahuan dan sumber informasi yang telah diterima

Rasional: mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan sebagai acuan untuk merumuskan tindakan selanjutnya

- 2) Diskusikan perihal jadwal pembedahan

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien sehingga pasien dapat lebih mempersiapkan dirinya.

- 3) Diskusikan perihal lamanya pembedahan

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien sehingga pasien tahu kapan pembedahan tersebut akan selesai

- 4) Lakukan pendidikan kesehatan praoperatif

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien dan mempersiapkan pasien dalam menghadapi pembedahan

5) Informasikan pasien dan keluarga kapan pasien bisa dikunjungi

Rasional: memberi pengetahuan pada pasien dan keluarga sehingga tidak bingung dan timbul pertanyaan kapan keluarga bisa mengunjungi pasien

c. Diagnosa : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur akibat rencana pembedahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pola tidur pasien menjadi efektif.

Kriteria Hasil :

• Kriteria hasil yang dirumuskan (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien melaporkan istirahat tidur malam yang optimal
- 2) Pasien tidak menunjukkan perilaku gelisah
- 3) Wajah pasien tidak pucat dan konjungtiva mata tidak anemis karena kurang tidur
- 4) Membentuk pola tidur yang memberikan energi yang cukup untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

Intervensi :

Intervensi yang dapat dilakukan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013) adalah sebagai berikut:

- 1) Pantau keadaan umum pasien dan TTV

Rasional: mengkaji keadaan umum pasien dan sebagai acuan untuk merumuskan tindakan selanjutnya

- 2) Kaji pola tidur

Rasional: mengetahui permasalahan tidur yang dialami pasien

- 3) Kaji faktor yang menyebabkan gangguan tidur

Rasional: mengetahui penyebab permasalahan sehingga dapat dirumuskan intervensi selanjutnya

- 4) Ciptakan suasana nyaman, kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan yang menyebabkan gangguan tidur

Rasional: lingkungan juga berpengaruh terhadap kenyamanan tidur pasien

- 5) Batasi pengunjung selama periode istirahat

Rasional: supaya dapat memaksimalkan istirahat tidur pasien

- 6) Minta pasien untuk membatasi asupan cairan pada malam hari dan berkemih sebelum tidur

Rasional: supaya di tengah-tengah waktu tidur pasien tidak terbangun karena ingin berkemih

- 7) Kolaborasikan pemberian obat yang dapat memperbaiki pola tidur

Rasional: obat yang mempunyai efek mengantuk efektif dalam meningkatkan kualitas tidur pasien.

C. Konsep dasar penerapan *hypnosis lima jari*

1. Definisi

Hypnosis lima jari adalah proses yang menggunakan kekuatan pikiran dengan menggerakkan tubuh untuk menyembuhkan diri dan memelihara kesehatan atau rileks melalui komunikasi dalam tubuh dengan melibatkan semua indra meliputi sentuhan, penciuman, penglihatan dan pendengaran (Widyanti & Wardani, 2013). Teknik ini bermanfaat dalam penanganan kecemasan pada pasien karena dengan imajinasi terbimbing maka akan membentuk bayangan yang akan diterima sebagai rangsangan oleh berbagai indra dengan membayangkan sesuatu yang indah perasaan akan terasa tenang. Ketegangan otot dan ketidaknyamanan akan dikeluarkan sehingga menyebabkan tubuh menjadi rileks dan nyaman (Smeltzer & Bare, 2016).

2. Prosedur pelaksanaan (Astuti, 2017) dan (Widyanti & Wardani, 2013)

A	Tahap Pra Interaksi
1.	Melihat data tingkat kecemasan klien
B	Tahap Orientasi
1.	Memberikan salam dan menyapa nama klien
2.	Memperkenalkan diri
3.	Menanyakan perasaan klien hari ini
4.	Menanyakan cara yang biasa digunakan agar rileks
5.	Menjelaskan tujuan dan prosedur
6.	Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

C	Tahap Kerja
1.	Membaca tasmiyah
2.	Mengatur posisi yang nyaman menurut klien sesuai dengan kondisi klien (duduk/berbaring)
3.	Mengatur lingkungan yang nyaman dan tenang
4.	Meminta klien untuk tarik nafas dalam terlebih dahulu sampai klien benar-benar nyaman
5.	Meminta klien untuk memejamkan kedua matanya
6.	Meminta klien menyatukan ibu jari dengan jari telunjuk, bayangkan kondisi saat sehat,
7.	Meminta klien menyatukan ibu jari dengan jari tengah, bayangkan bahwa klien berada di tengah-tengah orang yang di sayangi sehingga klien benar-benar merasa bahagia,
8.	Selanjutnya meminta klien menyatukan ibu jari dengan jari manis, bayangkan prestasi yang pernah klien capai sehingga klien merasa berharga bagi keluarga dan orang lain,
9.	Meminta klien menyatukan ibu jari dengan jari kelingking, bayangkan tempat terindah yang pernah klien kunjungi sehingga klien merasakan kembali situasi yang bahagia itu.
10	Meminta klien sekarang untuk tarik nafas, hembuskan pelan-pelan melalui mulut sebanyak 2 kali, sambil meminta klien untuk membuka matanya pelan-pelan.

D.	Tahap Terminasi
1.	Evaluasi perasaan klien setelah dilakukan tindakan
2.	Meminta klien untuk menyebutkan langkah-langkah hypnosis lima jari
3.	Memberikan reinforcement positif kepada klien
4.	Rencana tindak lanjut (kontrak waktu, tempat, tanggal)
5.	Membaca tahmid dan berpamitan dengan klien

