

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Informed Consent*

Informed consent adalah suatu proses yang menunjukkan komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien, dan bertemunya pemikiran tentang apa yang akan dan apa yang tidak akan dilakukan terhadap pasien. *Informed consent* dilihat dari aspek hukum bukanlah sebagai perjanjian antara dua pihak, melainkan lebih ke arah persetujuan sepihak atas layanan yang ditawarkan pihak lain (Budi Sampurna dkk, 2005).

Informed consent adalah suatu proses komunikasi antara dokter dan pasien tentang kesepakatan tindakan medis yang akan dilakukan dokter terhadap pasien (ada kegiatan penjelasan rinci oleh dokter), sehingga kesepakatan lisan pun sesungguhnya sudah cukup. Penandatanganan formulir *informed consent* secara tertulis hanya merupakan pengukuhan atas apa yang telah disepakati sebelumnya. Formulir ini juga merupakan suatu tanda bukti yang akan disimpan di dalam arsip rekam medis pasien (Yahya A, 2007)

Dalam Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, telah diatur tentang *Informed Consent* pada Pasal 45 tentang

Persetujuan Tindakan Kedokteran yang isinya antara lain :

Ayat 1 : setiap tindakan kedokteran yang akan dilakukan oleh dokter terhadap pasien harus mendapat persetujuan.

Ayat 2 : persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien mendapat penjelasan secara lengkap.

Ayat 3 : penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya mencakup diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis yang dilakukan, alternative tindakan lain dan resikonya, resikonya dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Ayat 4 : persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat diberikan baik secara tertulis maupun lisan.

Ayat 5 : setiap tindakan kedokteran yang mengandung risiko tinggi harus diberikan dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

Persetujuan tindakan medis telah diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan No. 585 tahun 1989. Persetujuan tindakan medis sebenarnya lebih mengarah kepada proses komunikasi dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien, bukan semata-mata pengisian dan penandatanganan formulir tindakan. Oleh karena itu seorang dokter atau tenaga kesehatan harus pandai memberikan informasi mengenai penyakit maupun tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien dengan bahasa yang mudah

dipahami. Pada dasarnya persetujuan tindakan medis berasal dari hak asasi pasien yaitu hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk mendapatkan informasi.

Informed consent diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

- a. *Implied consent* yaitu persetujuan yang dianggap telah diberikan walaupun tanpa pernyataan resmi. Pada keadaan biasa dan pada keadaan darurat atau *emergency*. Pada keadaan gawat darurat yang mengancam jiwa pasien tindakan menyelamatkan kehidupan (*life saving*) tidak memerlukan persetujuan tindakan medis.
- b. *Expressed consent* yaitu persetujuan medis yang diberikan secara eksplisit baik secara lisan maupun tertulis.

Tindakan medis yang memerlukan persetujuan secara tertulis antara lain adalah :

- a. Tindakan-tindakan yang bersifat *invasive* dan *operatif* atau memerlukan pembiusan baik untuk menegakkan diagnosis maupun tindakan yang bersifat terapeutik.
- b. Tindakan pengobatan khusus seperti terapi sitostatika atau radioterapi untuk kanker.
- c. Tindakan khusus yang berkaitan dengan penelitian bidang kedokteran atau uji klinik (berkaitan dengan bioetika).

Berpedoman pada Permenkes No. 585 tahun 1989 mengenai persetujuan tindakan medis maka yang berhak memberikan persetujuan

atau menandatangani perjanjian adalah pasien yang sudah dewasa (di atas 21 tahun atau sudah menikah) dan dalam keadaan sadar dan sehat mental. Sedapat mungkin persetujuan tindakan medis ditandatangani sendiri oleh pasien, namun dalam praktek di lapangan persetujuan tindakan medis lebih sering ditanda tangani oleh keluarga pasien.

Adapaun *informed concent* di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sebagai berikut :

Gambar 2.1
Gambar *informed concent* di
RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

2. Kecemasan

a. Definisi

Kecemasan merupakan emosi subjektif yang membuat individu tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas dan gelisah, dan disertai respon otonom (Stuart, 2007).

b. Tahap Kecemasan

Kecemasan diidentifikasi menjadi 4 tingkat yaitu ringan, sedang, berat dan panik (Stuart & Laraia, 2005). Semakin tinggi tingkat kecemasan individu maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan merupakan masalah psikiatri yang paling sering terjadi, tahapan tingkat kecemasan akan dijelaskan sebagai berikut (Stuart, 2007) :

- 1) Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; cemas menyebabkan individu menjadi waspada, menajamkan indera dan meningkatkan lapang persepsinya.
- 2) Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada suatu hal dan mempersempit lapang persepsi individu. Individu menjadi tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area.
- 3) Kecemasan berat, mengurangi lapang persepsi individu. Individu berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir

tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan, individu perlu banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

- 4) Tingkat panik (sangat berat) dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsi, karena mengalami kehilangan kendali. Individu yang mencapai tingkat ini tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

c. Etiologi

Penyebab kecemasan tidak spesifik bahkan tidak diketahui oleh individu. Perasaan cemas diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, dapat juga diekspresikan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala dan mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan (Stuart, 2007).

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007), antara lain :

1) Faktor predisposisi

a) Teori psikoanalisis

Pandangan teori psikoanalisis memaparkan bahwa cemas merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan *insting* dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan untuk mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Teori interpersonal

Teori interpersonal menyatakan bahwa cemas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Cemas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.

c) Teori perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa cemas merupakan produk frustrasi. Frustrasi merupakan segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. dan dikarakteristikan sebagai suatu dorongan yang dipelajari untuk

menghindari kepedihan. Teori pembelajaran meyakini individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Teori konflik memandang cemas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Kecemasan terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan: konflik menimbulkan kecemasan, dan cemas menimbulkan perasaan tak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

d) Teori kajian keluarga

Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan cemas terjadi didalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi.

e) Teori biologis

Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepine*, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam *gammaaminobutyric acid* (GABA). GABA berperan penting dalam mekanisme biologi yang berhubungan dengan cemas. Kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan di keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Cemas disertai dengan gangguan fisik yang menurunkan kemampuan individu mengatasi stresor.

Kecemasan diperantarai oleh sistem kompleks yang melibatkan sistem limbik, pada organ amigdala dan hipokampus, talamus, korteks frontal secara anatomis dan norepinefrin (lokus seruleus), serotonin (nukleus rafe dorsal) dan GABA (reseptor GABA_A berpasangan dengan reseptor benzodiazepin) pada sistem neurokimia.

Hingga saat ini belum diketahui secara jelas bagaimana kerja dari masing-masing bagian tersebut dalam menimbulkan kecemasan. Setiap perubahan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan keadaan stres disebut stresor. Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan kecemasan (Ibrahim, 2012).

2) Faktor presipitasi

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007), yaitu :

a) Faktor eksternal

(1) Ancaman integritas diri

Ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).

(2) Ancaman sistem diri

Ancaman terhadap identitas diri, harga diri, hubungan interpersonal, kehilangan, dan perubahan status dan peran.

b) Faktor internal

(1) Potensial stresor

Stresor psikososial merupakan keadaan yang menyebabkan perubahan kehidupan sehingga individu dituntut beradaptasi.

(2) Maturitas

Kematangan kepribadian individu akan mempengaruhi kecemasan yang dihadapinya. Kepribadian individu yang lebih matur maka lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

(3) Pendidikan

Tingkat pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisis akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah baru.

(4) Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis.

(5) Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan individu mudah mengalami kecemasan.

(6) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik. Kelelahan fisik yang dialami akan memper mudah individu mengalami kecemasan.

(7) Tipe kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan tipe kepribadian B. Individu dengan tipe kepribadian A memiliki ciri-ciri individu yang tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburuburu waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung dan mengakibatkan otot-otot mudah tegang. Individu dengan tipe kepribadian B memiliki ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Tipe kepribadian B merupakan individu yang penyabar, tenang, teliti dan rutinitas.

(8) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan di lingkungan yang sudah dikenalnya.

(9) Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan merupakan sumber coping individu. Dukungan sosial dari kehadiran orang lain membantu seseorang mengurangi kecemasan sedangkan lingkungan mempengaruhi area berfikir individu.

(10) Usia

Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua.

(11) Jenis kelamin

Gangguan kecemasan tingkat panik lebih sering dialami wanita daripada pria. Dampak negatif dari kecemasan merupakan rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata maupun potensial. Keadaan cemas akan membuat individu menghabiskan tenaganya, menimbulkan rasa gelisah, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal maupun hubungan sosial (Videbeck, 2008).

d. Penetalaksanaan kecemasan

Aspek klinik menyatakan bahwa kecemasan dapat dijumpai pada orang yang menderita stres normal, pada orang yang menderita sakit fisik berat lama dan kronik, dan pada orang dengan gangguan psikiatri berat. Kecemasan yang berkepanjangan menjadi patologis dan menghasilkan berbagai gejala hiperaktivitas otonom pada sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, gastrointestinal bahkan genitourinarius. Respon kecemasan yang berkepanjangan dinamakan gangguan kecemasan (Romadhon, 2005).

Penyembuhan gangguan kecemasan dapat dilakukan dengan cara farmakologis maupun non farmakologis yaitu sebagai berikut :

1) Farmakologis

Anxiolytic mempunyai keunggulan efek terapeutik cepat dalam menurunkan tanda dan gejala kecemasan tetapi mempunyai kerugian risiko adiksi. Terapi kombinasi yang diberikan untuk menurunkan kecemasan merupakan obat *anxiolytic* dan psikoterapi. Obat *anxiolytic* diberikan sampai 2 minggu pengobatan, kemudian dilakukan psikoterapi yang dimulai pada awal minggu kedua. Saat psikoterapi diberikan, obat *anxiolytic* masih tetap diberikan tetapi secara bertahap diturunkan dosisnya (*tapering off* sampai minggu ke empat pengobatan). Jenis obat yang digunakan sebagai agen *anxiolytic* yaitu golongan benzodiazepin, non-benzodiazepin, anti-

depresan: trisiklik, *monoamin inhibitor* (MAOI), *serotonin reuptake inhibitor* (SRI), *specific serotonin reuptake inhibitor* (SSRI) (Romadhon, 2005).

2) Non farmakologis

Psikoterapi yang digunakan untuk gangguan kecemasan merupakan psikoterapi berorientasi *insight*, terapi perilaku, terapi kognitif atau psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek (Romadhon, 2005).

Menurut Dongoes (2010) menurunkan stresor yang dapat memperberat kecemasan dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut :

- a) Menurunkan kecemasan dengan teknik distraksi yang memblok persepsi nyeri dalam korteks serebral.
- b) Relaksasi dapat menurunkan respon kecemasan, rasa takut, tegang dan nyeri. Teknik relaksasi terdapat dalam berbagai jenis yaitu latihan nafas dalam, visualisasi dan *guide imagery*, *biofeedback*, meditasi, teknik relaksasi autogenik, relaksasi otot progresif dan sebagainya.
- c) Pendidikan kesehatan membantu pasien dengan gangguan kecemasan untuk mempertahankan kontrol diri dan membantu membangun sikap positif sehingga mampu menurunkan ketergantungan terhadap medikasi.

d) Memberikan bimbingan pada klien dengan gangguan kecemasan untuk membuat pilihan perawatan diri sehingga memungkinkan klien terlibat dalam aktivitas pengalihan. Bimbingan yang diberikan dapat berupa bimbingan fisik maupun mental.

Perannya sebagai *advokat* atau pembela pasien diharapkan perawat mampu untuk bertanggung jawab dalam membantu pasien dan keluarga menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*informed consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya serta mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien (Mubarak dan Nur Chayatin, 2009).

Metode *informed consent* efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan pre operasi, karena pada metode ini informasi yang diterima oleh pasien membuat suasana hati lebih rilek sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan (Sudiby, 2008).

e) Dukungan keluarga meningkatkan mekanisme koping dalam menurunkan stres dan kecemasan. Penatalaksanaan keperawatan mandiri berdasarkan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yang dianjurkan untuk tindakan menurunkan kecemasan yaitu: penurunan kecemasan, teknik menenangkan, perluasan mekanisme koping, pendampingan pasien, kehadiran perawat dan konseling

lewat telepon. NIC untuk diagnosa kecemasan juga dianjurkan dalam kategori intervensi opsional antara lain: konseling, pedoman antisipasi, terapi seni, terapi autogenik, manajemen sikap, distraksi, humor, hipnosis, meditasi, terapi musik, terapi otot progresif, bimbingan umajinasi, relaksasi, kelompok swa bantu, pendidikan kesehatan dan kunjungan tenaga kesehatan (McCloskey & Bulechek, 2008).

e. Pengukuran kecemasan

Kusumawati (2010) menyatakan bahwa instrumen untuk pengukuran tingkat kecemasan dapat menggunakan :

1) MMPI

Tes ini dikembangkan di tahun 1937 oleh Starke Hathaway, seorang ahli psikologi dan J. Charnley Mckinley, seorang dokter psikiatri. Minnesota Multiphasic Personality Inventory adalah inventarisasi yang dilaporkan oleh pasien sendiri (*Self report*) terdiri atas 500 lebih pernyataan dan 17 skala, seperti: A = kecemasan (*anxiety*), R = Represi (*repression*), ES = Kekuatan ego (*ego strength*), dan lain-lain. Kelemahannya: cenderung menekankan psikopatologi berat

2) TMAS

Alat ini merupakan alat pengukur kecemasan yang pertama kali, diciptakan tahun 1950 oleh Janet Taylor, tes ini disebut TMAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*). Taylor mula-mula menggunakan TMAS untuk mengungkap : a) variasi tingkat dorongan (*drive*) yang dimiliki seseorang, yang berhubungan dengan *internal anxiety* atau *emosionalitas*. b) intensitas kecemasan, yang diketahui dari tingkah laku yang nampak keluar atau yang dimanifestasikan melalui gejala-gejala reaksi kecemasan. Komponen yang mendasari terdiri dari : a) *self consciousness, lack of self confidence, constant worrying* (kesadaran diri, kurang percaya diri, dan kecemasan menetap). b) *Fear of blushing, cold hand, sweating* (tersipu-sipu, tangan dingin dan berkeringat). c) *Lost of sleep, worry* (gangguan tidur dan cemas). d) *Restlessness, motor tension, heart pounding, out of breath* (gelisah, tekanan terhadap alat gerak, jantung berdebar dan kehabisan nafas).

3) IPAD

Sesuai dengan perkembangan teori yang membedakan *state* dan *trait anxiety* maka pengukuran kecemasanpun dibedakan menjadi dua macam. *State anxiety* untuk kecemasan yang temporer atau terpengaruh oleh situasi yang ada, sedangkan *trait anxiety* menunjukkan *proneness* atau kecenderungan individu untuk

bersikap cemas. Cattell dan Scheier kemudian mengembangkan IPAT (*Anxiety scale* pada *institute for personality and Ability testing*). Tes ini untuk mengukur *general anxiety* (kecemasan umum) yang disebut juga dengan *free floating* atau *manifest anxiety*. Kecemasan tersebut termasuk dalam tipe *trait anxiety*. Komponen pada skala IPAT terdiri dari lima unsur yaitu : a) Q3 = *Defective integration, Lack of self sentiment*. b) C - *Ego weakness, Lack of ego strength*. c) L = *Suspiciousness or paranoid insecurity*. d) O = *Guilt proneness*. e) QA = *Frustrative tension or Id pressure*.

4) STAI

STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) dikembangkan oleh Spielberger. Skala ini untuk mendapatkan *self report* (melapor sendiri) pada format jenis Likert yang relatif singkat dan cukup untuk mengukur baik *State Anxiety (A-State)* maupun *Trait Anxiety (A-Trait)*. Dengan demikian test ini disusun berdasarkan atas dua komponen yaitu : a). *State anxiety (A-State)*, merupakan kecemasan sesaat atau karena keadaan. b). *Trait anxiety (A-Trait)*, merupakan kecemasan yang relatif permanen atau karena sifat. Kelebihan dari test ini adalah memungkinkan perbedaan keadaan dan sifat kecemasan diteliti dengan baik, sedangkan kelemahannya adalah nomor STAI dibuat transparan

5) HARS

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor (skala likert) antara 0 (*Nol Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel. Pengukuran dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* merupakan alat ukur tingkat kecemasan yang di adaptasi dari barat, telah banyak dipakai di Indonesia dan sudah dibakukan secara Internasional, sehingga dalam penelitian ini instrument HARS yang dipergunakan sebagai instrument penelitian.

3. Pre Operasi

a. Fase Pre-Operasi

Fase preoperasi dimulai ketika keputusan untuk menjalani intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer & Bare, 2005). Persiapan pre operasi sangat penting sekali untuk mengurangi faktor resiko karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan pasien. Dalam persiapan inilah ditentukan adanya kontraindikasi operasi, toleransi pasien terhadap tindakan bedah, dan ditetapkan waktu yang tepat untuk melaksanakan pembedahan (R. Sjamsuhidayat dan Wim De Jong, 2010).

b. Klasifikasi Operasi

Smeltzer & Bare (2005) mengategorikan operasi berdasarkan urgensinya menjadi lima, yaitu :

- 1) Kedaruratan, yaitu pasien membutuhkan tindakan segera karena mengancam jiwa. Sebagai contoh perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih, fraktur tulang tengkorak, luka tembak, luka tusuk.
- 2) Urgen, yaitu pasien membutuhkan perhatian segera dengan jeda waktu 24-30 jam. Contoh pada kasus infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.

- 3) Diperlukan, yaitu pasien harus menjalani pembedahan dalam tempo bias beberapa minggu atau bulan ke depan. Contoh katarak, hiperplasia prostat, gangguan tiroid.
- 4) Elektif, yaitu pasien harus dioperasi bila diperlukan apabila tidak dilakukan pembedahan tidak berbahaya, contoh vaginoplasti dan herniotomy.
- 5) Pilihan, yaitu keputusan terletak pada keinginan pasien, contoh operasi plastik.

4. Fraktur

a. Pengertian

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya (Smeltzer, S.C & Bare, B.G, 2005). Fraktur adalah patah tulang, biasanya disebabkan oleh trauma atau tenaga fisik. Kekuatan dan sudut dari kekuatan tersebut, keadaan tulang itu sendiri dan jaringan lunak disekitar tulang akan menentukan apakah fraktur yang terjadi itu lengkap atau tidak lengkap (Anderson, 2005).

b. Klasifikasi utama fraktur

1. Incomplit

Fraktur yang hanya melibatkan bagian potongan menyilang tulang.

2. Complit

Garis fraktur melibatkan seluruh potongan menyilang dari tulang dan fragmen tulang biasanya berubah tempat atau bergeser (bergeser dari posisi normal).

3. Tertutup (simple)

Fraktur tidak meluas dan tidak menyebabkan robekan pada kulit.

4. Terbuka (compound)

Fragmen tulang meluas melewati otot dan adanya perlukaan di kulit yang terbagi menjadi 3 derajat :

Derajat 1 : luka kurang dari 1 cm, kerusakan jaringan lunak sedikit, tidak ada tanda remuk, fraktur sederhana atau kominutif ringan dan kontaminasi minimal.

Derajat 2 : laserasi lebih dari 1 cm, kerusakan jaringan lunak, tidak luas, fraktur kominutif sedang, dan kontaminasi sedang.

Derajat 3 : terjadi kerusakan jaringan lunak yang luas (struktur kulit, otot, dan neurovaskuler) serta kontaminasi derajat tinggi (Mansjoer, 2005).

5. Manfaat *Informed Consent* Pre Operasi

Secara psikologis, pasien yang dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan akan mengalami kecemasan dan ketakutan. Perasaan cemas ini hampir selalu didapatkan pada pasien preoperasi yang sebagian besar disebabkan oleh kurangnya pengetahuan atau informasi yang didapatkan

terkait dengan operasi yang akan dilakukan. Hal ini bisa disebabkan oleh kurangnya daya pengingatan, salah interpretasi informasi tentang operasi atau tidak akrab dengan sumber informasi. Untuk mengatasi hal tersebut maka dapat diberikan *informed consent* yaitu penyampaian informasi yang mengandung unsur-unsur : diagnosis, tindakan yang akan direncanakan, prosedur alternatif, resiko yang timbul bila tidak dilakukan tindakan tersebut, kemampuan pasien untuk mengambil keputusan, kesukarelaan dari pasien yang memberi izin (R. Sjamsuhidayat dan Wim De Jong, 2010).

Potter (2006) dalam Muttaqin dan Sari (2009), menjelaskan bahwa dalam menghadapi kecemasan pasien, perawat harus memberikan dorongan untuk pengungkapan serta harus mendengarkan, memahami, memberikan informasi yang bisa membantu menyingkirkan kekhawatiran ataupun kecemasan tersebut.

Salah satunya dengan melakukan konseling. Konseling dianggap mampu menurunkan kecemasan pasien (Saprudin, 2007). Konseling dalam bentuk penyuluhan pre operasi akan mengurangi rasa takut akibat ketidaktahuan yang dialami pasien sebelum operasi (Potter & Perry, 2005).

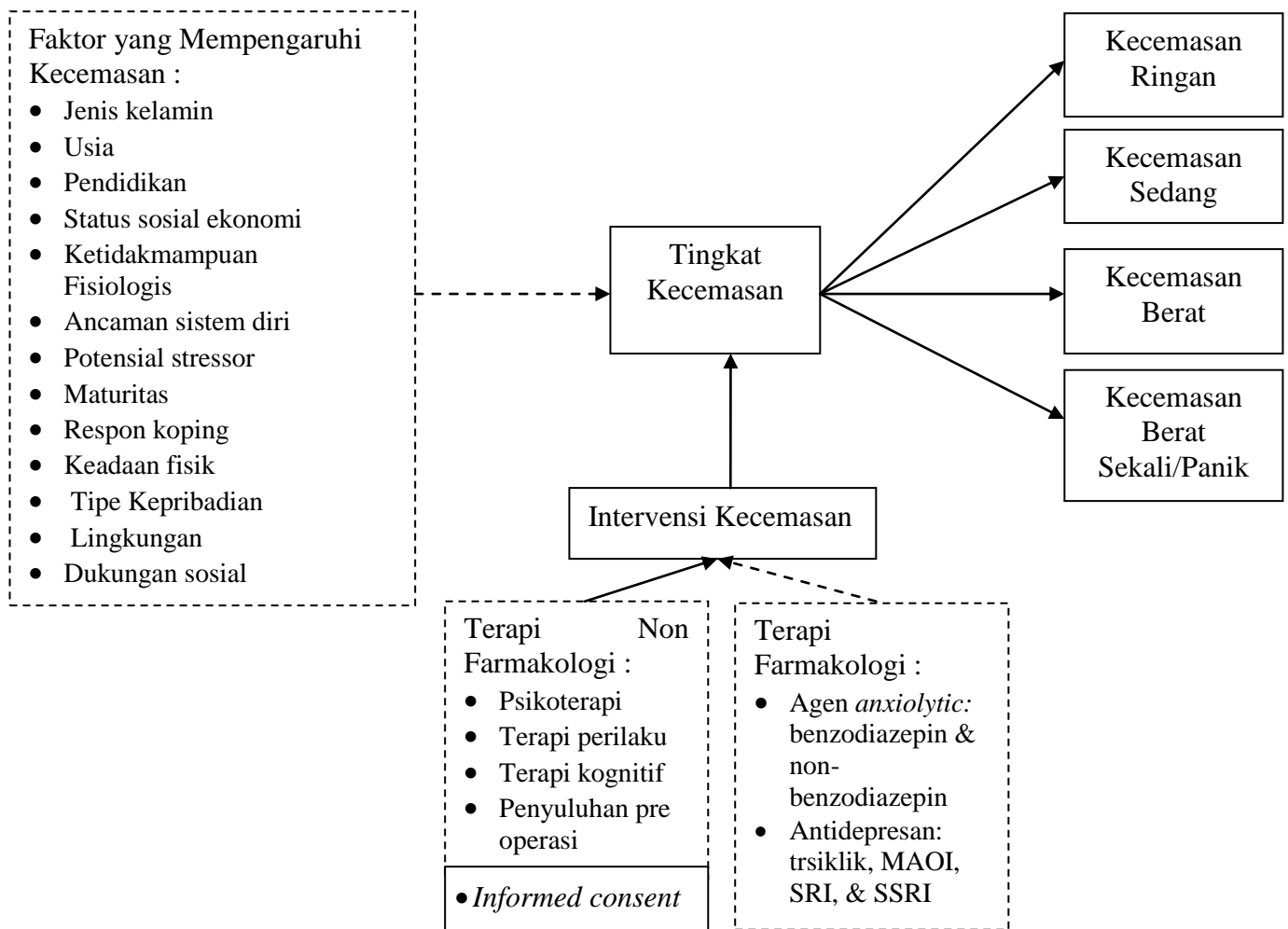
Manfaat pemberian *informed consent* tertulis di Indonesia telah banyak dilakukan penelitian seperti penelitian yang dilakukan oleh

Yulianto, (2006) pada pasien bedah dengan *Hernia Inguinalis* mendapatkan hasil bahwa *informed consent* tertulis dapat meningkatkan pemahaman dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan, hal ini sama dengan hasil penelitian Pratomo, (2009) yang diberikan pada pasien bedah *Femur*, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Prihyanto, (2012) mendapatkan hasil *informed consent* pada pasien pre operasi *Caesaria* dapat menurunkan kecemasan pasien. Dilihat dari berbagai hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian *informed consent* pada pasien dapat memberikan manfaat positif pada pasien yaitu sebagai tindakan pencegahan (preventif) pada tindakan medis.

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah.

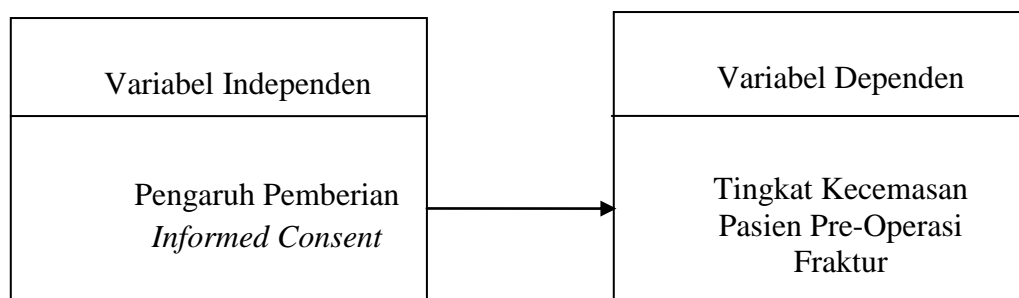
Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah ini :



Gambar 2.1.
Kerangka teori penelitian

Ket : ——— Yang diteliti
 - - - - - Yang tidak diteliti

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2.
Kerangka konsep penelitian

D. HIPOTESIS

Ha : Ada pengaruh pemberian *informed consent* terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur di Ruang mawar RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.