

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Penyuluhan Kesehatan

a. Pengertian

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara memberikan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu, dan mengerti tapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Azrul Azwar dalam Effendi, 2007).

Menurut Departemen Kesehatan Penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan, ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perseorangan maupun secara kelompok (Effendi, 2007).

Penyuluhan kesehatan adalah suatu metoda implementasi yang digunakan untuk menyajikan prinsip, prosedur, dan teknik yang tepat tentang perawatan kesehatan untuk menginformasikan status kesehatan klien (Perry&Potter, 2006). Penyuluhan kesehatan yang baik, selain terencana dengan baik, juga harus dapat dievaluasi dan dapat dilakukan oleh semua petugas kesehatan (baik medik maupun non/medik) sesuai

dengan kompetensinya masing – masing. Penyuluhan kesehatan ditujukan pada seseorang atau kelompok, agar berperilaku sehat serta menerapkan cara hidup sehat, sebagai bagian dari cara hidupnya sehari-hari atas kesadarannya dan kemampuannya sendiri (Narendra, 2005).

b. Tujuan Penyuluhan Kesehatan

Jika dilihat dari pengertian diatas, tujuan dari pemberian penyuluhan kesehatan adalah

- 1) Tercapainya perubahan-perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku kesehatan, serta berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan yang optimal.
- 2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu sesuai dengan konsep hidup sehat baik secara fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- 3) Merubah perilaku perorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (Effendi, 2007).

c. Macam-macam alat peraga dalam penyuluhan

Macam-macam alat peraga dalam penyuluhan kesehatan menurut Effendi (2007) antara lain:

1) Papan pengumuman

Papan yang berukuran biasa yang dapat ditempelkan untuk menempelkan informasi kesehatan. Papan pengumuman dapat menempelkan gambar-gambar yang mengandung informasi

kesehatan, tulisan-tulisan tentang prosedur pelayanan kesehatan dan sebagainya.

2) Poster

Poster adalah pesan yang singkat dalam bentuk gambar, dengan tujuan untuk mempengaruhi seseorang atau kelompok agar tertarik pada obyek materi yang di informasikan.

3) Leaflet

Leaflet adalah selebar kertas yang berisi tulisan cetak tentang suatu masalah khususnya untuk suatu tujuan tertentu.

4) Flash card

Flash card adalah beberapa kertas/kartu yang berisi suatu masalah atau program tertentu. Biasanya tulisan terletak dibalik gambar yang ada pada gambar depan.

5) Flip chart

Flip chart adalah beberapa cart yang telah disusun berurutan dan berisi tulisan dengan gambar-gambar yang telah disatukan dengan ikatan atau ring spiral pada bagian pinggir sisi atas. Biasanya jumlah chart lebih dari 12 lembar, berukuran poster lebih besar atau lebih kecil. Dan biasanya memakai kertas tebal.

d. Tahap-tahap dalam penyuluhan kesehatan

Oleh karena mengubah perilaku seseorang itu tidak mudah maka kegiatan penyuluhan harus melalui tahap-tahap yang hati-hati, secara

ilmiah. Dalam hal ini Hanlon dalam Mahfoedz, dkk (2005) mengungkapkan tahap-tahap kegiatan pendidikan kesehatan yaitu :

1) Tahap sensitisasi

Tahap ini dilakukan guna memberikan informasi dan kesadaran pada pasien/masyarakat terhadap adanya hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan, misalnya kesadaran akan adanya pelayanan kesehatan.

2) Tahap publisitas

Tahap ini adalah kelanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan misalnya *press release* di keluarkan oleh Departemen Kesehatan untuk memperjelas lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan pada fasilitas pelayanan kesehatan.

3) Tahap edukasi

Tahap ini sebagai kelanjutan dari tahap publisitas. Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.

4) Tahap motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Perorangan atau masyarakat setelah diberikan penyuluhan, benar-benar berubah perilakunya, sesuai dengan perilaku yang dianjurkan oleh penyuluh kesehatan.

e. Sasaran Penyuluhan Kesehatan

Sasaran penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Penyuluhan kesehatan pada individu dapat

dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan. Penyuluhan kesehatan pada keluarga diutamakan pada keluarga resiko tinggi, seperti keluarga yang menderita penyakit menular, keluarga dengan sosial ekonomi rendah, keluarga dengan keadaan gizi yang buruk, keluarga dengan sanitasi lingkungan yang buruk dan sebagainya (Effendy, 2007).

Penyuluhan kesehatan pada sasaran kelompok dapat dilakukan pada kelompok ibu hamil, kelompok ibu yang mempunyai anak balita, kelompok masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan seperti kelompok lansia, kelompok yang ada di berbagai institusi pelayanan kesehatan seperti anak sekolah, pekerja dalam perusahaan dan lain-lain. Penyuluhan kesehatan pada sasaran masyarakat dapat dilakukan pada masyarakat binaan puskesmas, masyarakat nelayan, masyarakat pedesaan, masyarakat yang terkena wabah dan lain-lain (Effendy, 2007).

2. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah suatu keadaan akibat terpajan pada peristiwa traumatik yang dialami individu yang mengalami, menyaksikan atau menghadapi satu atau beberapa peristiwa yang melibatkan kematian aktual atau ancaman kematian atau cedera serius atau ancaman integritas fisik diri sendiri (Doenges, 2006).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan

berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan dibagi kedalam empat tingkat yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, panik. Dampak dari kecemasan bervariasi sesuai tingkatannya (Stuart, 2007).

Kecemasan merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2008).

b. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2007), tingkat kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan:

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapangan individu. Dengan demikian, individu mengalami tindakan perhatian yang selektif namun berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditunjukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada daerah lain.

4) Tingkat panik

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

c. Etiologi Kecemasan

Menurut Asmadi (2008), berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan antara lain:

- 1) Dalam pandangan psikoanalitis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian; id dan super ego. Id meliputi dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego

atau aku, menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Hal ini juga berhubungan dengan perkembangan trauma pada masa pertumbuhan, seperti perpisahan dan kehilangan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain ataupun masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas. Namun bila keberadaannya diterima oleh orang lain, maka ia akan merasa tenang dan tidak cemas. Dengan demikian, kecemasan berkaitan dengan hubungan antar manusia.

3) Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan hasil frustrasi. Ketidakmampuan atau kegagalan dalam mencapai suatu tujuan yang diinginkan akan menimbulkan frustrasi atau keputusasaan. Keputusasaan inilah yang menyebabkan seseorang menjadi cemas.

d. Faktor Pencetus Kecemasan

Menurut Asmadi (2008), faktor yang dapat menjadi pencetus seseorang menjadi cemas dapat berasal dari diri sendiri (*faktor internal*) maupun dari luar dirinya (*faktor eksternal*). Namun demikian pencetus kecemasan dapat dikelompokkan kedalam dua kategori, yaitu:

- 1) Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktivitas sehari-hari guna pemenuhan terhadap kebutuhan dasarnya.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status/peran diri, dan hubungan interpersonal.

Sumber koping merupakan modal kemampuan yang dimiliki individu guna mengatasi kecemasan. Kecemasan perlu diatasi untuk mencapai keadaan homeostatis dalam diri individu, baik secara fisiologis maupun psikologis. Apabila individu tidak mampu mengatasi kecemasan secara konstruktif, maka ketidakmampuan tersebut dapat menjadi penyebab utama terjadinya perilaku yang patologis. Terlihat jelas bahwa kecemasan mempunyai dampak terhadap kehidupan seseorang, baik dampak positif maupun dampak negatif. Apalagi bila kecemasan ini dialami oleh klien yang dirawat di rumah sakit. Berbagai situasi dan kondisi akan membuatnya semakin cemas. Oleh karenanya perawat sebagai tenaga kesehatan profesional tidak boleh mengabaikan aspek emosi ini dalam memberikan asuhan keperawatan (Asmadi, 2008).

e. Manifestasi klinis

Menurut Asmadi (2008), gangguan ansietas menimbulkan sejumlah gejala pada beberapa organ dan sistem tubuh, antara lain:

- 1) Sistem urogenital dengan sebentar-sebentar ingin kencing atau bahkan sulit kencing.

- 2) Sistem kardiovaskuler, gejala darah tinggi, keringat dingin, debaran jantung berdetak lebih kencang, sakit kepala, kaki dan tangan terasa dingin.
- 3) Sistem gastrointestinal: diare, kembung, lambung terasa perih, perasaan sebah.
- 4) Kemungkinan dapat terjadi obstipasi.
- 5) Sistem respiratori: ditandai dengan gejala megap-megap tak dapat bernafas dan hidung tersumbat.
- 6) Gangguan pada sistem muskuloskeletal dengan gejala kejang otot.
- 7) Gangguan psikologis dengan tanda-tanda akan pingsan, takut akan menjadi gila dan takut mati.

f. Mekanisme Koping Terhadap kecemasan

Menurut Asmadi (2008), Setiap ada stressor penyebab individu mengalami kecemasan, maka secara otomatis muncul upaya untuk mengatasinya dengan berbagai mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme koping yang digunakan dapat mengatasi kecemasan nya. Sumber koping merupakan modal kemampuan yang dimiliki individu guna mengatasi kecemasan. Kecemasan perlu diatasi untuk mencapai keadaan homeostatis dalam diri individu, baik secara fisiologis maupun psikologis. Apabila individu tidak mampu mengatasi kecemasan secara

konstruktif, maka ketidakmampuan tersebut dapat menjadi penyebab utama terjadinya perilaku patologis.

Mekanisme koping terhadap kecemasan menurut Asmadi (2008) diklasifikasikan ke dalam dua kategori yaitu :

1) Strategi Pemecahan Masalah (*problem solving strategi*)

Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah atau ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realitis. Beberapa contoh strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan antara lain :

- a) Meminta bantuan kepada orang lain.
- b) Secara besar hati, mampu mengungkapkan perasaan sesuai dengan situasi yang ada.
- c) Mencari lebih banyak informasi yang terkait dengan masalah yang dihadapi, sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realitis.
- d) Menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah.
- e) Meluruskan pikiran atau persepsi terhadap masalah.

2) Mekanisme Pertahanan Diri (*Defence mechanism*)

Mekanisme pertahanan diri merupakan mekanisme penyesuaian ego yaitu usaha untuk melindungi diri dari perasaan tidak adekuat.

Beberapa ciri mekanisme pertahanan diri antara lain :

- a) Bersifat hanya sementara karena berfungsi hanya untuk melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak menyenangkan dan secara tidak langsung mengatasi masalah.

- b) Mekanisme pertahanan diri terjadi diluar kesadaran. Individu tidak menyadari bahwa mekanisme pertahanan diri tersebut sedang terjadi.
- c) Sering kali tidak berorientasi pada kenyataan.

g. Pengukuran Skala Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali, orang menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). HRS-A terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik (Hawari, 2013).

- 1) Perasaan cemas, ditandai dengan : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, dan mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan yang di tandai oleh : merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- 3) Ketakutan ditandai oleh : ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- 4) Gangguan tidur ditandai oleh : sukar untuk tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, mimpi buruk atau menakutkan.

- 5) Gangguan kecerdasan ditandai oleh: sukar konsentrasi, daya ingat buruk, daya ingat menurun.
- 6) Perasaan depresi (murung) ditandai oleh : kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik (otot) ditandai oleh : nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- 8) Gejala sensorik (sistem saraf) ditandai oleh : tinitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan di tusuk-tusuk.
- 9) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah) ditandai oleh: takikardia (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti sekejap).
- 10) Gejala pernafasan ditandai oleh : rasa tertekan atau sempit didada, perasaan tercekik, merasa nafas pendek/ sesak, sering menarik nafas panjang.
- 11) Gejala Gastrointestinal (pencernaan) ditandai oleh : sulit menelan, mual, perut melilit, nyeri lambung sebelum atau sesudah makan, perut terasa kembung atau penuh, muntah, defekasi lembek, berat badan menurun, dan kontipasi (sukar buang air besar)
- 12) Gejala Urogenital (perkemihan dan kelamin) ditandai oleh : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak

ada haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impotensi.

13) Gejala Saraf Autonom ditandai oleh : mulut kering, muka merah dan kering, mudah berkeringat, pusing/ sakit kepala, bulu kuduk berdiri.

14) Perilaku sewaktu wawancara, ditandai oleh : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, otot tegang, nafas pendek dan cepat, muka memerah.

Cara penilaiannya adalah masing-masing kelompok diberi bobot skor 0 – 4 dengan rumus:

$$\frac{\text{Jumlah yang timbul tiap kelompok}}{\text{Jumlah gejala pada kelompok gejala}} \times 100\%$$

0 = 0%	gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala
1 = 1% - 25%	gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala
2 = 26% - 50%	gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala
3 = 51% - 75%	gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala
4 = 76% - 100%	gejala yang timbul pada tiap kelompok gejala

Kategori skor

Skor < 14 : tidak ada kecemasan

Skor 14 – 20 : cemas ringan

Skor 21 – 27 : cemas sedang

Skor 28 – 41 : cemas berat

Skor 42 – 56 : panik

f. Intervensi Keperawatan Pasien Dengan Kecemasan

Pasien yang mengalami kecemasan ringan, tidak ada intervensi khusus sebab pada kecemasan ini pasien masih mampu mengontrol dirinya dan mampu membuat keputusan yang tepat dalam penyelesaian masalah. Sedangkan pada kecemasan sedang, intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan mengembangkan pola mekanisme koping yang positif seperti penjelasan di atas. Kecemasan berat dan panik, terdapat strategi khusus yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Prinsip intervensi keperawatan pada pasien tersebut adalah melindungi klien dari bahaya fisik dan memberikan rasa aman pada pasien karena pasien tidak dapat mengendalikan perilakunya (Asmadi, 2008).

Setelah tingkat kecemasan pasien menurun sampai tingkat sedang atau ringan, prinsip intervensi keperawatan yang diberikan adalah re-edukatif atau berorientasi pada kognitif. Tujuannya adalah menolong klien dalam mengembangkan kemampuan menoleransi ansietas dengan mekanisme koping dan strategi pemecahan masalah yang konstruktif. Intervensi utama yang harus dilakukan perawat dalam memberikan asuhan

keperawatan pada klien ansietas adalah menyadari untuk mengenali perasaannya dan juga mampu mengendalikannya (Asmadi, 2008).

g. Kecemasan pasien pre operasi

Berbagai alasan dapat menyebabkan kecemasan pasien dalam menghadapi kecemasan. Berbagai alasan tersebut antara lain: takut nyeri setelah operasi, takut terjadi perubahan fisik, takut keganasan bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti, takut mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, ngeri menghadapi ruang operasi, takut mati saat dibius / tidak sadar lagi, takut operasi gagal (Pooter & Perry, 2006).

Untuk mengurangi dan mengatasi kecemasan pasien pre operasi dapat dilakukan persiapan psikologis pada pasien melalui pendidikan kesehatan, penjelasan tentang peristiwa yang mungkin akan terjadi, dan seterusnya. Pemberian pendidikan kesehatan yang perlu dijelaskan adalah berbagai informasi mengenai tindakan pembedahan, di antaranya jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah operasi (Hidayat, 2008).

3. Pre Operasi

a. Pengertian

Pre operasi adalah fase dimulai ketika keputusan untuk menjalani operasi atau pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer and Bare, 2008).

Beberapa hal yang perlu dikaji dalam tahap pre operasi adalah pengetahuan tentang persiapan pembedahan dan pengalaman masa lalu, kesiapan psikologis, pengobatan yang memengaruhi kerja obat anestesi, seperti antibiotika yang berpotensi dalam istirahat otot, antikoagulan yang dapat meningkatkan perdarahan, antihipertensi yang memengaruhi anestesi yang dapat menyebabkan hipotensi, diuretika yang berpengaruh pada ketidakseimbangan potasium, dan lain-lain. Selain itu, terdapat juga pengkajian terhadap riwayat alergi obat atau lainnya, status nutrisi, ada atau tidaknya alat protesa seperti gigi palsu, dan sebagainya (Hidayat, 2008).

b. Persiapan operasi

Persiapan yang perlu dilakukan pada pre operasi adalah radiografi thoraks, kapasitas vital, fungsi paru, dan analisis gas darah pada pemantauan sistem respirasi, kemudian pemeriksaan elektrokardiogram, darah, leukosit, eritrosit, hematokrit, elektrolit, pemeriksaan air kencing, albumin, *blood urea nitrogen* (BUN), kreatinin, dan lain-lain untuk menentukan gangguan sistem renal dan pemeriksaan kadar gula darah atau lainnya untuk mendeteksi gangguan metabolisme (Hidayat, 2008).

Persiapan pre operasi menurut Pedoman Kerja di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen meliputi:

- 1) Persiapan: persiapan operasi terdiri dari persiapan administrasi, fisik, dan mental.

- 2) Persiapan administrasi meliputi: perawat mendaftarkan ke IBS yang terdiri dari nama pasien, diagnosa penyakit, jenis tindakan, operator, waktu operasi, perawat ruangan koordinasi dengan IBS dalam hal konsultasi dengan dokter anastesi.
- 3) Persiapan fisik, meliputi: perawat mempersiapkan semua hasil pemeriksaan penunjang (laborat, ECG, Rontgen, dan lain-lain), bila ada hasil yang meragukan segera lapor kepada dokter operator atau anastesi, perawat melakukan tindakan persiapan operasi sesuai dengan jenis operasi dan anastesi mencakup lavemen bila perlu, puasa, mencukur daerah operasi, melepas protese bila ada, perawat menjaga kebersihan pasien, menghindari pemakaian lipstick, cat kuku dan perhiasan, dan bila memerlukan darah, perawat memintakan pengantar untuk dikoordinasikan dengan instalasi laboratorium.
- 4) Persiapan mental, meliputi perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan operasi, perawat menyiapkan *informed consent* untuk diisi oleh keluarga, perawat memberikan penjelasan tentang prosedur operasi, perawat menghubungi bagian kerohanian untuk memberikan doa sebelum operasi.

c. Tindakan Keperawatan Pre Operasi

Perencanaan keperawatan pada pasien pre operasi menurut Hidayat (2008), memiliki tujuan memperlihatkan tanda-tanda tidak ada kecemasan, memperlihatkan tanda-tanda tidak ada ketakutan, dan risiko infeksi dan cedera tidak terjadi. Rencana Tindakannya meliputi:

- 1) Mengatasi adanya rasa cemas dan takut, dapat dilakukan persiapan psikologis pada pasien melalui pendidikan kesehatan, penjelasan tentang peristiwa yang mungkin akan terjadi, dan seterusnya.
- 2) Mengatasi masalah risiko infeksi atau cedera lainnya dapat dilakukan dengan persiapan prabedah seperti diet, persiapan perut, kulit, persiapan bernapas dan latihan batuk, persiapan latihan kaki, latihan mobilitas, dan lain-lain.

Menurut Hidayat (2008), ada beberapa tindakan keperawatan pada pasien pre operasi yaitu:

1. Pemberian Pendidikan Kesehatan Pre Operasi

Pemberian pendidikan kesehatan yang perlu dijelaskan adalah berbagai informasi mengenai tindakan pembedahan, di antaranya jenis pemeriksaan yang dilakukan sebelum bedah, alat-alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke kamar bedah, ruang pemulihan, dan kemungkinan pengobatan setelah bedah.

2. Persiapan Diet

Pasien yang akan divedah memerlukan persiapan khusus dalam hal pengaturan diet. Pasien boleh menerima makanan biasa sehari sebelum bedah, tetapi 8 jam sebelum bedah tidak diperbolehkan makan, sedangkan cairan tidak diperbolehkan 4 jam sebelum bedah, sebab makanan atau cairan dalam lambung dapat menyebabkan terjadinya aspirasi.

3. Persiapan Kulit

Persiapan ini dilakukan dengan cara membebaskan daerah yang akan dibedah dari mikroorganisme dengan cara menyiram kulit menggunakan sabun heksaklorofin (hexachlorophene) atau sejenisnya sesuai dengan jenis pembedahan. Bila pada kulit terdapat rambut, maka harus dicukur.

4. Latihan Bernafas dan Latihan Batuk

Cara latihan ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pengembangan paru sedangkan batuk dapat menjadi kontraindikasi pada bedah intrakranial, mata, telinga, hidung, dan tenggorokan karena dapat meningkatkan tekanan, merusak jaringan, dan melepaskan jahitan.

5. Latihan Kaki

Latihan ini dapat dilakukan untuk mencegah dampak tromboflebitis. Latihan kaki yang dianjurkan antara lain latihan memompa otot, latihan quadrisep, dan latihan mengencangkan glutea.

6. Latihan Mobilitas

Latihan mobilitas dilakukan untuk mencegah komplikasi sirkulasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi nyeri.

7. Pencegahan Cedera

Untuk mengatasi risiko terjadinya cedera, tindakan yang perlu dilakukan sebelum pelaksanaan bedah adalah:

- a) Cek identitas pasien.
- b) Lepaskan perhiasan pada pasien yang dapat mengganggu, misalnya cincin, gelang, dan Lain-lain.
- c) Bersihkan cat kuku untuk memudahkan penilaian sirkulasi.
- d) Lepaskan lensa kontak.
- e) Lepaskan protesa.
- f) Alat bantu pendengaran dapat digunakan jika pasien tidak dapat mendengar.
- g) Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kencing.
- h) Gunakan kaos kaki antiemboli bila pasien berisiko mengalami tromboplebitis.

4. Konsep Hernia

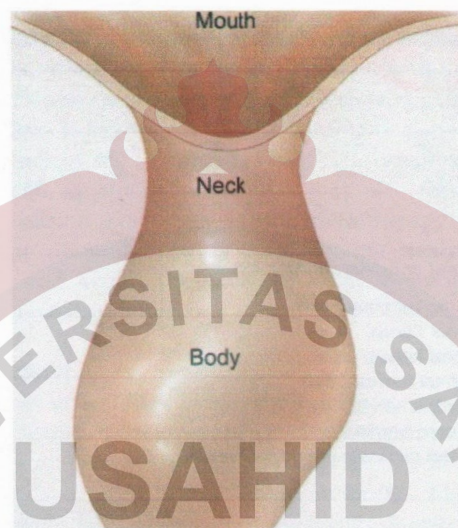
a. Pengertian

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Hernia terdiri atas cincin, kantung dan isi hernia (Nurarif, 2013).

Hernia adalah masuknya organ kedalam rongga yang disebabkan oleh prosesus vaginalis berobliterasi (*paten*). (Mansjoer, 2007). Sedangkan menurut Long (2007) hernia adalah adalah menonjolnya suatu

organ atau struktur organ dan tempatnya yang normal melalui sebuah defek kongenital atau yang didapat.

b. Gambaran Anatomis Hernia



Gambar 3. 1 Gambaran Anatomis Hernia

Isi hernia bervariasi, tetapi yang paling sering adalah organ dalam. Pada abdomen isi terbanyak adalah usus halus dan omentum majus. Kemungkinan lainnya termasuk usus besar dan apendiks, divertikulum Meckel, Vesica Urinaria, Ovarium – dengan atau tanpa tuba falopi dan Cairan asites (Henry and Thompson, 2005).

Menurut Sjamsuhidayat R, Wim de Jong, (2005), hernia terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia atau orifisium hernia dan kantung hernia. Orifisium adalah defek dari lapisan aponeurosis paling dalam dari

abdomen, dan sakus adalah kantung keluar dari peritoneum. Kolum dari kantung hernia berhubungan dengan orifisium.

c. Etiologi Hernia

Menurut Nurarif (2013), hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut:

- 1) Kongenital
- 2) Obesitas
- 3) Ibu hamil
- 4) Mengejan
- 5) Pengangkatan beban berat

d. Patofisiologi

Menurut Long (2007), patofisiologi hernia dapat dijelaskan sebagai berikut. Hernia diklasifikasikan menurut lokasi di mana mereka muncul. Sekitar 75% dari Hernia terjadi di pangkal paha. Ini juga dikenal sebagai Hernia Inguinalis atau Femoralis. Sekitar 10% adalah Hernia Ventral atau insisional dinding abdomen, 3% adalah Hernia Umbilikal. Hernia Inguinalis dibagi lagi menjadi Hernia direct dan Hernia indirect. Hernia Inguinalis indirect yang paling jenis umum dan biasanya mempengaruhi laki-laki. Hernia Inguinalis indirect disebabkan oleh penutupan saluran yang berkembang sebagai testis turun ke dalam skrotum sebelum

kelahiran. Sebuah kantung yang berisi peritoneum, usus, atau omentum muncul melalui cincin Inguinalis dan mengikuti spermatika kabel melalui kanalis inguinalis. Sering turun ke dalam skrotum. Meskipun tidak langsung hernia inguinalis cacat bawaan, mereka seringkali tidak menjadi jelas sampai dewasa, ketika peningkatan tekanan intra-abdomen dan pelebaran dari cincin inguinalis memungkinkan isi perut untuk memasuki saluran tersebut.

Hernia inguinalis direct selalu cacat yang diperoleh hasil dari kelemahan dinding inguinal posterior. Hernia inguinalis langsung terjadi lebih sering pada orang dewasa yang lebih tua. Hernia femoral cacat juga diperoleh di mana kantung peritoneal menonjol melalui cincin femoral. Hernia ini biasanya terjadi pada obesitas atau wanita hamil. Hernia inguinalis seringkali tidak menghasilkan gejala dan ditemukan selama pemeriksaan fisik rutin. Hanya mungkin menghasilkan benjolan, bengkak, atau tonjolan di selangkang, terutama dengan mengangkat atau tegang. Pasien laki-laki biasanya terdapat pengalaman baik nyeri atau rasa nyeri yang memancar ke dalam skrotum, meskipun hanya dapat dirasakan dengan peningkatan tekanan intra-abdomen (seperti yang terjadi selama batuk) dan dalam vagina dari skrotum ke arah cincin inguinal (Long, 2007).

Jika hernia inguinalis dapat dikembalikan, isi kantung kembali ke rongga perut, baik secara spontan sebagai tekanan intra-abdomen berkurang (seperti dengan berbaring) atau dengan tekanan manual.

Beberapa komplikasi yang terkait dengan hernia direduksi. Bila isi hernia tidak dapat dikembalikan ke rongga perut, itu dikatakan dapat diminimalkan atau dipenjara. Isi hernia yang dipenjara terjebak, biasanya dengan leher yang sempit atau membuka ke hernia. Penahanan meningkatkan risiko komplikasi, termasuk obstruksi dan cekikan. Obstruksi terjadi ketika lumen usus yang terkandung dalam hernia menjadi tersumbat, sangat mirip dengan crimping dari sebuah selang. Jika suplai darah ke isi hernia terganggu, hasilnya adalah hernia terjepit. Komplikasi ini dapat mengakibatkan infark usus yang terkena bencana dengan rasa sakit yang parah dan perforasi dengan kontaminasi dari rongga peritoneal. Perwujudan dari sebuah hernia terjepit meliputi nyeri dan distensi perut, mual, muntah, takikardia, dan demam (Long, 2007).

Pembedahan sering dilakukan terhadap hernia yang besar atau terdapat resiko tinggi untuk terjadi inkarserasi. Suatu tindakan herniorrhaphy terdiri atas tindakan menjepit defek di dalam fascia. Akibat dan keadaan post operatif seperti peradangan, edema dan perdarahan, sering terjadi pembengkakan skrotum. Setelah perbaikan hernia inguinal indirek. Komplikasi ini sangat menimbulkan rasa nyeri dan pergerakan apapun akan membuat pasien tidak nyaman, kompres es akan membantu mengurangi nyeri (Long, 2007).

e. Manifestasi Klinis

Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha, benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan, mengangkat beban berat atau dalam posisi berdiri dapat timbul kembali, bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri, keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan asimetri pada kedua sisi lipat paha, scrotum atau pada labia dalam posisi berdiri dan berbaring pasien diminta mengejan dan menutup mulut dalam keadaan berdiri palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya dan coba didorong apakah benjolan dapat di reposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak, kadang cincin hernia dapat diraba berupa annulus inguinalis yang melebar. Pemeriksaan melalui scrotum, jari telunjuk dimasukkan ke atas lateral dari tuberkulum pubikum, ikuti fasikulus spermatikus sampai ke anulus inguinalis internus pada keadaan normal jari tangan tidak dapat masuk, bila masa tersebut menyentuh ujung jari maka itu adalah hernia inguinalis lateralis, sedangkan bila menyentuh sisi jari maka itu adalah hernia inguinalis medialis (Mansjoer, 2007).

Sedangkan menurut Nurarif (2013), manifestasi klinis hernia adalah sebagai berikut:

- 1) Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.

- 2) Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual
- 3) Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi
- 4) Bila terjadi hernia inguinalis strangulata, perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.
- 5) Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (*disuria*) disertai *hematuria* (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- 6) Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
- 7) Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

f. Klasifikasi Hernia

Menurut Nurarif (2013), hernia dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Berdasarkan Terjadinya

a) Hernia bawaan atau kongenital

Kanal inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritonium ke daerah skrotum sehingga terjadi penonjolan peritoneum yang

disebut dengan prosesus vaginalis peritonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini tidak menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra-abdominal meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

b) Hernia dapatan atau akuisita

Hernia kongenital/bawaan ditemukan pada bayi sedangkan hernia akuisita/didapat, terutama akibat kelemahan otot dinding perut ditemukan pada orang dewasa. Proses terjadinya hernia eksternal pada bayi umumnya disebabkan penyakit kongenital, yakni penyakit yang muncul ketika bayi dalam kandungan dan umumnya tidak diketahui penyebabnya.

2. Berdasarkan Sifatnya

a) Hernia reponibel/reducibel

Yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mendedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.

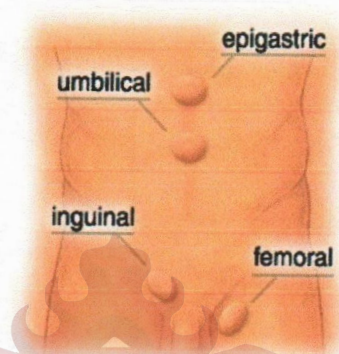
b) Hernia ireponibel

Yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritonium kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (*accretus* = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.

c) Hernia strangulata atau inkarserata

Yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berarti isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan *pasase* atau vaskularisasi. Secara klinis hernia inkarserata lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan *pasase*, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai hernia strangulata. Hernia strangulata mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

3. Berdasarkan Letaknya



Gambar 2.2 Hernia berdasarkan letaknya

a) Hernia femoralis

Hernia femoralis keluar melalui lakuna vasorum kaudal dari ligamentum inguinale. Keadaan anatomi ini sering mengakibatkan inkarserasi hernia femoralis. Hernia femoralis umumnya dijumpai pada perempuan tua, kejadian pada perempuan kira-kira 4 kali lelaki. Keluhan biasanya berupa benjolan di lipat paha yang muncul terutama pada waktu melakukan aktivitas yang menaikkan tekanan intra abdomen seperti mengangkat barang atau batuk. Benjolan ini hilang pada waktu berbaring. Pintu masuk hernia femoralis adalah anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis di lipat paha.

b) Hernia umbilikalis

Hernia umbilikalis merupakan hernia kongenital pada umbilikus yang hanya tertutup peritoneum dan kulit. Hernia ini terdapat kira-kira 20% bayi dan angka ini lebih tinggi lagi pada bayi prematur. Tidak ada perbedaan angka kejadian antara bayi laki-laki dan perempuan. Hernia umbilikalis merupakan penonjolan yang mengandung isi rongga perut yang masuk melalui cincin umbilikus akibat peninggian tekanan intra abdomen, biasanya ketika bayi menangis. Hernia umumnya tidak menimbulkan nyeri dan sangat jarang terjadi inkarserasi.

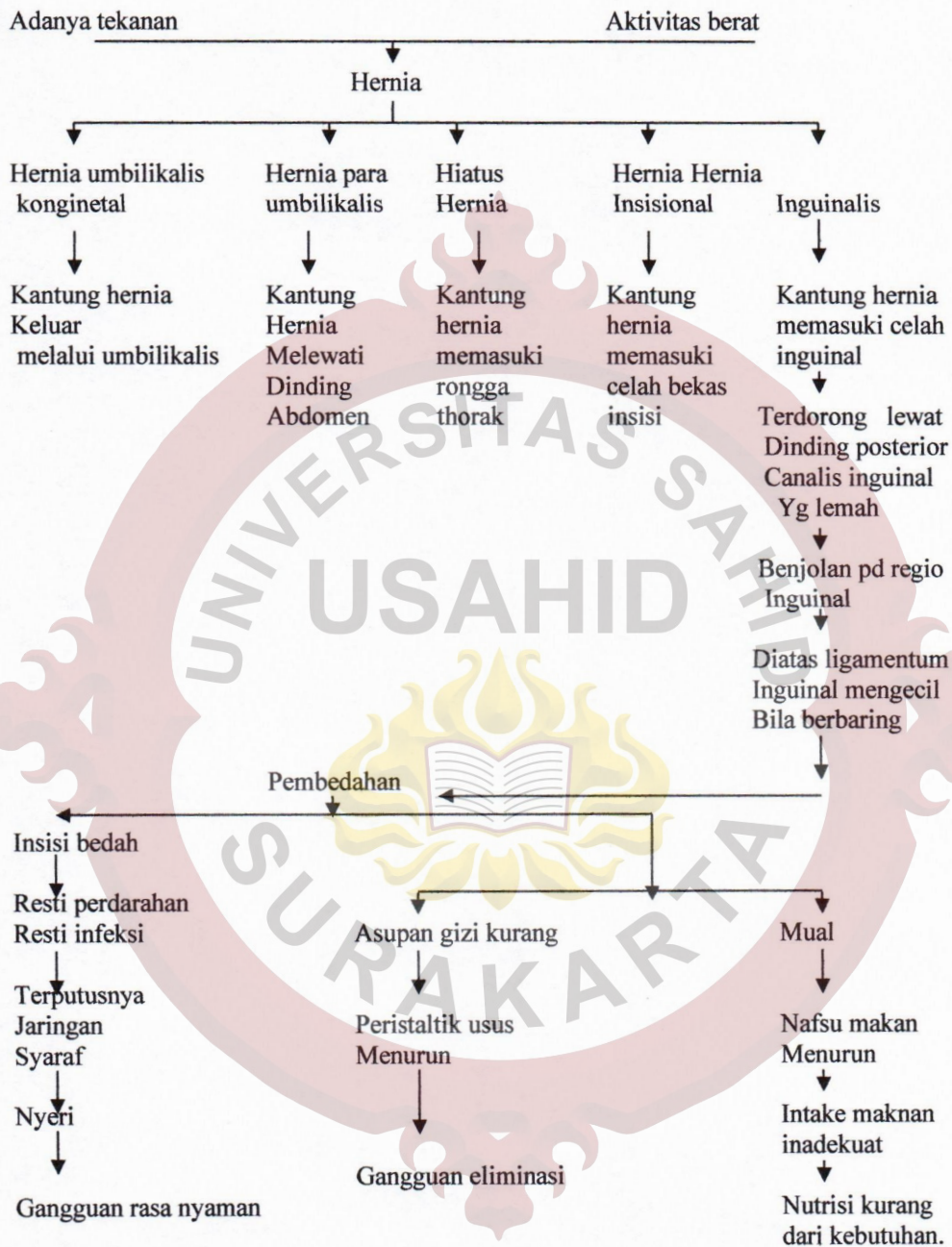
c) Hernia sikatrik atau insisional

Hernia ini terjadi pada bekas luka laparotomi. Sayatan pada nervus mengakibatkan anestesi kulit dan paralisis otot pada segmen yang dilayani oleh saraf yang bersangkutan.

d) Hernia inguinalis

Hernia Inguinalis adalah suatu keadaan dimana sebagian usus masuk melalui sebuah lubang sebagai bagian yang lemah pada dinding perut ke dalam kanalis inguinalis. Kanalis inguinalis adalah saluran berbentuk tabung, yang merupakan jalan tempat turunnya testis (buah zakar) dari perut ke dalam skrotum (kantung zakar) sesaat sebelum bayi dilahirkan. Hernia inguinalis dapat bersifat bawaan (*kongenital*) dan didapat (*akuisita*). Pasien laki-laki lebih banyak daripada pasien wanita.

g. Pathway Hernia



Sumber : Nurarif 2013

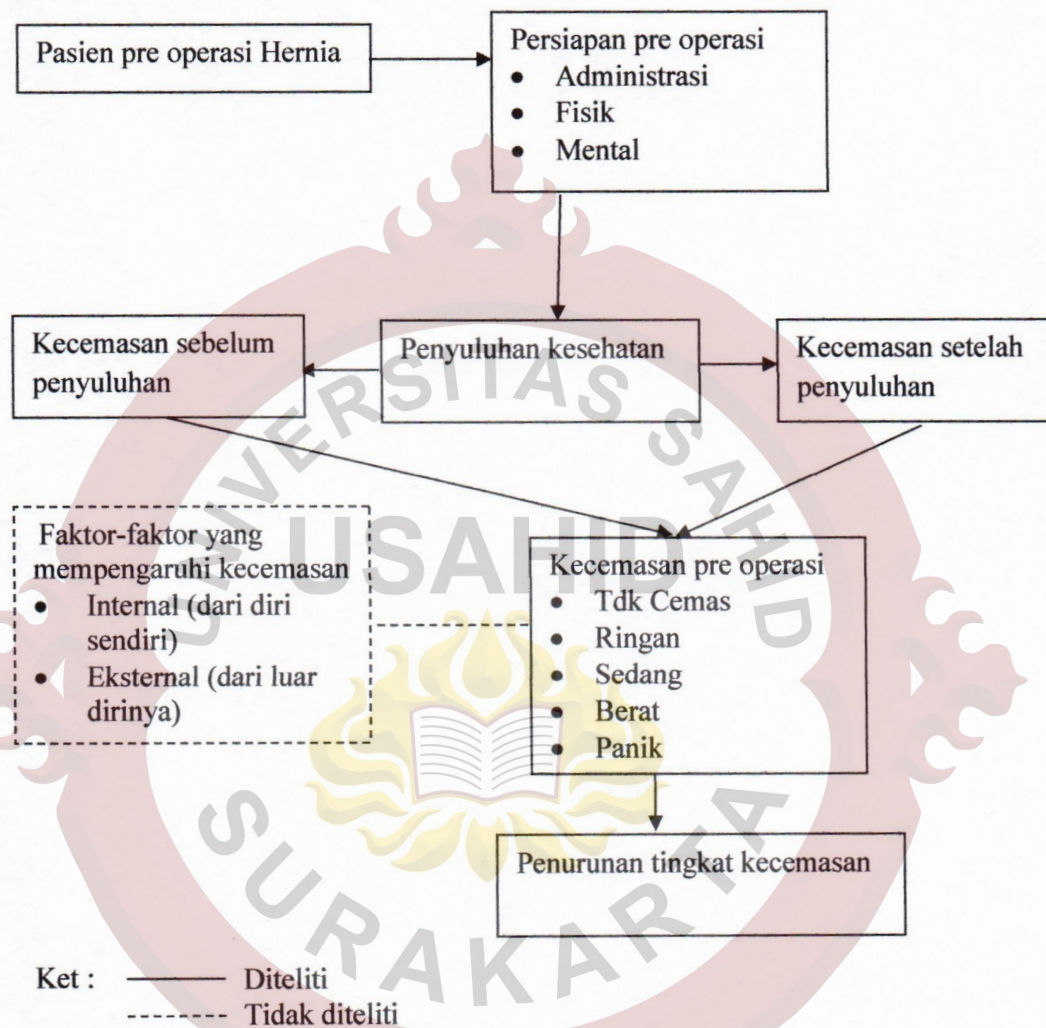
h. Penatalaksanaan Hernia

Menurut Mansjoer (2007), penatalaksanaan hernia antara lain:

- a) Pada Pada Hernia Femoralis tindakan operasi kecuali ada kelainan lokal atau umum. Operasi terdiri atas herniotomi disusul dengan hernioplastik dengan tujuan menjepit anulus femoralis. Bisa juga dengan pendekatan krural, hernioplastik dapat dilakukan dengan menjahitkan ligamentum inguinale ke ligamentum cooper. Teknik Bassini melalui region inguinalis, ligamentum inguinale di jahitkan ke ligamentum labunase Gimbernati.
- b) Hernia inguinalis responsibilis yaitu herniotomi berupa ligasi pofesis vaginalis soproksimal mungkin dilakukan secara efektif namun secepat mungkin kaena resiko terjadinya inkarserata.
- c) Hernia inguinalis inkarserata, pada keadaan ini pasien dipuaskan, pasang NGT, infus dan disuntik sedaiba sampai pasien tertidur dalam posisi trendelenburg dengan tertidur tekanan intra peritoneal.

B. Kerangka Teori Penelitian

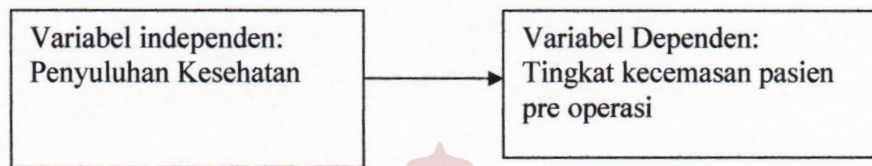
Berdasarkan tinjauan pustaka, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah.



Gambar 2.3
Kerangka teori penelitian

Sumber : Asmadi (2008), Hidayat (2008) dan Effendi (2008).

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.4
Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis

Hipotesa Nol (H_0) adalah tidak ada pengaruh penyuluhan kesehatan pasien dengan penyakit hernia terhadap tingkat kecemasan pre operasi hernia di Bangsal Bedah RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.

Hipotesa alternative (H_a) adalah ada pengaruh penyuluhan kesehatan pasien dengan penyakit hernia terhadap tingkat kecemasan pre operasi hernia di Bangsal Bedah RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.