

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keluarga

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat mempunyai nilai strategis di dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, karena setiap masalah individu merupakan masalah keluarga begitu pula sebaliknya. Kesehatan masyarakat salah satunya diarahkan pada pendekatan keluarga dan berorientasi pada pemberdayaan keluarga. Oleh karena itu sangatlah penting pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pelayanan kesehatan sayang keluarga (Muhlisin, 2012).

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Wikipedia bahasa Indonesia).

Menurut Salvicion dan Celis (1998) di dalam keluarga terdapat dua atau lebih dari dua pribadi yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan, di hidupnya dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan di dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan.

Keluarga adalah persekutuan dua orang atau lebih individu yang terkait oleh darah, perkawinan atau adopsi yang membentuk satu rumah tangga, saling

berhubungan dalam lingkup peraturan keluarga serta saling menciptakan dan memelihara budaya (Tinkhan & Voorhies, 1977).

Dari beberapa pengertian tentang keluarga maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik keluarga adalah (Tinkhan & Voorhies, 1977):

1. Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
2. Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
3. Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak dan adik
4. Mempunyai tujuan:
 - a. Menciptakan dan mempertahankan budaya
 - b. Meningkatkan perkembangan fisik, psikologis dan sosial anggota

Oleh karena itu betapa pentingnya peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio-pisko-sosial-spiritual. Jadi sangatlah tepat bila keluarga sebagai titik sentral keperawatan. Diyakini bahwa keluarga yang sehat akan mempunyai anggota yang sehat dan mewujudkan masyarakat yang sehat.

2.1.2 Peran keluarga

Berbagai peranan yang terdapat didalam keluarga menurut Muslihin (2012), adalah sebagai berikut :

1. Peran ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak–anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2. Peran ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak–anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak–anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3 Peran anak

Anak–anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.1.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Lima fungsi keluarga yang paling berhubungan erat saat mengkaji dan mengintervensi keluarga adalah ;

1. Fungsi Afektif (Fungsi pemeliharaan kepribadian): untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan–kebutuhan para anggota keluarga.
2. Sosialisasi dan Fungsi penempatan sosial : untuk sosialisasi primer anak-anak yang bertujuan untuk membuat mereka menjadi anggota masyarakat yang produktif, dan juga sebagai penganugerahan status anggota keluarga.

3. Fungsi Reproduksi: untuk menjaga kelangsungan keturunan/generasi dan menambah sumber daya manusia, juga untuk kelangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi Ekonomis: untuk mengadakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan mengalokasikan sumber – sumber tersebut secara efektif.
5. Fungsi Perawat Kesehatan : untuk mengadalan kebutuhan-kebutuhan fisik–pangan, sandang, papan dan perawatan kesehatan.

2.1.4 Fungsi Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

5 (lima) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut (Friedman, 2002):

1. Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
3. Memberi perawatan pada keluarga yang sakit
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
5. Mempertahankan hubungan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat

2.1.5 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Marlyn (1998) menyebutkan bentuk-bentuk dukungan keluarga yaitu:

1. Dukungan Emosional (*Emosional Support*)

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga yang menderita kusta (misalnya: umpan balik, penegasan) (Marlyn, 1998).

2. Dukungan Penghargaan (*Apprasial Assistance*)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk penderita kusta, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita kusta dengan penderita lainnya seperti orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri) (Marlyn, 1998).

3. Dukungan Materi (*Tangibile Assistance*)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marlyn, 1998)

4. Dukungan Informasi (*informasi support*)

Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor, mencakup memberri nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang

diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat (Utami, 2003).

2.2 Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

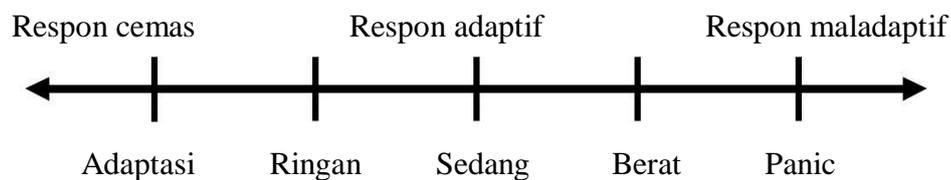
Kecemasan adalah ketegangan, rasa tidak aman dan kekawatiran yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam (Asmadi, 2008). Kecemasan adalah suatu keadaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan yang disertai dengan tanda somatik yang menyatakan terjadinya hiperaktifitas sistem syaraf otonom. Kecemasan adalah gejala yang tidak spesifik yang sering ditemukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal (Long, C.Barbara, 2004).

Kecemasan merupakan emosi subjektif yang membuat individu tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas dan gelisah, dan disertai respon otonom. Kecemasan juga merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2007; Tomb 2004).

Kecemasan merupakan reaksi pertama yang muncul dirasakan oleh pasien dan keluarganya di saat pasien harus di rawat mendadak atau tanpa terencana begitu mulai masuk rumah sakit. Kecemasan akan terus menyertai pasien dan keluarganya dalam setiap tindakan perawatan terhadap penyakit yang di derita

pasien. Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya dan mengancam.

2.2.2 Tahapan Kecemasan



Gambar 2.1
Rentang Respon Kecemasan (Stuart, 2007)

Berdasarkan gambar 2.1 kecemasan diidentifikasi menjadi 4 tingkat yaitu ringan, sedang, berat dan panik (Stuart, 2007). 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. Kecemasan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari pada tingkat ini lapangan persepsi meningkat dan individu akan berhati-hati dan waspada, terdorong untuk belajar yang akan menghalalkan pertumbuhan dan kreativitas.

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. Pada tingkat ini lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun, individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

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. Pada kecemasan berat lapangan persepsi menjadi sangat menurun individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain, individu tidak mampu berfikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada area lain.

4. Tingkat panik

Pada tingkat ini lapangan persepsi sangat sempit sehingga individu tidak biasa mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi penghargaan. Pada keadaan ini terjadi peningkatan aktivitas. 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.

2.2.3 Etiologi Kecemasan

Kecemasan disebabkan faktor patofisiologis maupun faktor situasional (Doengoes, 2002). 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).

Menurut Purba *et al.*, (2008), kecemasan dapat disebabkan oleh:

- a. Adanya perasaan takut tidak diterima dalam suatu lingkungan tertentu.
- b. Adanya pengalaman traumatis seperti trauma akan berpisah, kehilangan atau bencana.
- c. Adanya rasa frustrasi akibat kegagalan dalam mencapai tujuan.
- d. Adanya ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar.
- e. Adanya ancaman terhadap konsep diri: identitas diri, harga diri, dan perubahan peran.

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007) dan Tomb (2004), 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 berpasangan dengan reseptor benzodiazepin) pada sistem neurokimia. Hingga saat ini belum diketahui secara jelas bagaimana kerja dari masing-masing bagian tersebut dalam menimbulkan kecemasan (Tomb, 2004).

Setiap perubahan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan keadaan stres disebut stresor. Stres yang dialami seseorang dapat menimbulkan kecemasan (Ibrahim, 2012). Faktor predisposisi yang dapat menimbulkan kecemasan antara lain faktor genetik, faktor organik dan faktor psikologi.

2. Faktor Presipitasi

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan menurut Stuart (2007) dan Tomb (2004), yaitu :

a. Faktor eksternal

1) Ancaman integritas diri

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

2) Ancaman sistem diri

Antara lain: 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 dalam kehidupan sehingga individu dituntut untuk 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 mempermudah 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 diburu buru 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.

2.2.4 Tanda dan gejala Kecemasan

Menurut Purba *et al.*, (2008), ada beberapa tanda dan gejala pada kecemasan yaitu :

1) Respon Fisik

- a) sering nafas pendek,
- b) nadi dan tekanan darah naik,
- c) mulut kering,
- d) anoreksia,
- e) diare/konstipasi,
- f) gelisah,
- g) berkeringat,
- h) tremor,

- i) sakit kepala, dan
 - j) sulit tidur.
- 2) Respons Kognitif
- a) Lapangan persepsi menyempit.
 - b) Tidak mampu menerima rangsangan luar.
 - c) Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.
- 3) Respons Perilaku dan Emosi
- a) Gerakan tersentak-sentak
 - b) Bicara berlebihan dengan cepat
 - c) Perasaan tidak aman

Apabila individu sudah mengalami koping yang tidak efektif maka tanda dan gejala yang dijumpai adalah:

- 1) Mengungkapkan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah atau meminta bantuan.
- 2) Menggunakan mekanisme pertahanan yang tidak sesuai.
- 3) Ketidakmampuan memenuhi peran yang diharapkan: mengalami ketegangan peran, konflik peran.
- 4) Mengungkapkan tentang kesulitan kehidupan.
- 5) Tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar: makan minum, kebersihan diri, istirahat dan tidur, berdandan.
- 6) Perubahan dalam interaksi sosial: menarik diri, tergantung, manipulatif, implusif.
- 7) Perilaku destruktif: merusak diri, penyalahgunaan zat.
- 8) Sering sakit, berbobong atau manipulasi.
- 9) Rasa khawatir kronis.

2.2.5 Penilaian Tingkat Kecemasan

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W. K. Zung (2006), dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder (DSM-II)* terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu. Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan, *Zung Self-Rating Anxiety Scale* dalam Ian mcdowell, 2006 (Nursalam, 2012).

Tabel 2.1 Skala Peringkat Kecemasan diri Zung Self (Nursalam ,2012)

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya	1	2	3	4
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	1	2	3	4
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur	1	2	3	4
4	Saya mudah marah, tersinggung atau panic	1	2	3	4
5	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi	4	3	2	1
6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar	1	2	3	4
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot	1	2	3	4
8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah	1	2	3	4
9	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang	4	3	2	1
10	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat	1	2	3	4
11	Saya sering mengalami pusing	1	2	3	4
12	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sebagian waktu	Hampir setiap waktu
13	Saya mudah sesak napas tersengal-sengal	4	3	2	1
14	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya	1	2	3	4
15	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan	1	2	3	4
16	Saya sering kencing daripada biasanya	1	2	3	4
17	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat	4	3	2	1
18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan	1	2	3	4
19	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam	4	3	2	1
20	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk	1	2	3	4

Tabel 2.1 merupakan Cara Penilaian Tingkat Kecemasan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan (*Zung Self-Rating Anxiety Scale* dalam Ian McDowell, 2006). Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain :

1. Skor 20- 35 : normal/tidak cemas
2. Skor 36-50 : kecemasan ringan
3. Skor 51-65 : kecemasan sedang
4. Skor 66-80 : kecemasan berat

2.3 Prosedur Operasi

2.3.2 Defenisi Operasi

Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan dilakukan tindak perbaikan yang akan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (sjamsuhidajat, 1998). Operasi umumnya dilakukan untuk berbagai alasan seperti diagnostik, kuratif, reparatif, rekonstruktif, kosmetik dan paliatif (Brunner & Suddarth, 1996).

Pembedahan dilakukan untuk berbagai alasan (Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth) seperti :

1. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi.
2. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi.
3. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipel. Memperbaiki luka pada pasien diabetes
4. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah.
5. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

2.3.3 Klasifikasi operasi

Menurut Brunner & Suddarth (1996) operasi dibagi dua berdasarkan tingkat resikonya yaitu :

1. Operasi minor

Operasi yang secara umum bersifat elektif, bertujuan untuk memperbaiki fungsi tubuh, mengangkat lesi pada kulit dan memperbaiki deformitas. Contoh pencabutan gigi, pengangkatan kutil, biopsi kulit, kuretase, laparostomi, operasi katarak dan arthroskopi.

2. Operasi mayor

Operasi yang bersifat elektif, urgen dan emergensi. Tujuan dari operasi ini adalah untuk menyelamatkan nyawa, mengangkat atau memperbaiki bagian tubuh, memperbaiki fungsi tubuh dan meningkatkan kesehatan. contoh kolesistektomi, nefrektomi, kolostomi, histerektomi, mastektomi, amputasi dan operasi akibat trauma. Taylor (1997) menyatakan bahwa sebuah prosedur operasi apakah terencana atau tidak diharapkan, mayor/ minor menyebabkan kecemasan dan ketakutan.

Sedangkan Smeltzer dan Bare (2001), membagi operasi menurut tingkat urgensi yaitu:

1. Kedaruratan

Klien membutuhkan perhatian dengan segera, gangguan yang diakibatkannya diperkirakan dapat mengancam jiwa (kematian atau kecacatan fisik), tidak dapat ditunda.

2. Urgen

Klien membutuhkan perhatian segera, dilaksanakan dalam 24 – 30 jam.

3. Diperlukan

Klien harus menjalani pembedahan, direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.

4. Elektif

Klien harus dioperasi ketika diperlukan, tidak terlalu membahayakan jika tidak dilakukan.

5. Pilihan

Keputusan operasi atau tidaknya tergantung kepada klien (pilihan pribadi klien).

2.3.3 Faktor Resiko Tindakan Pembedahan

Menurut Potter dan Perry (2005) ada beberapa faktor resiko dalam tindakan pembedahan, diantaranya :

1. Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

2. Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein). Pada pasien yang mengalami obesitas. Selama pembedahan jaringan lemak, terutama sekali sangat rentan

terhadap infeksi. Selain itu, obesitas meningkatkan permasalahan teknik dan mekanik. Oleh karenanya defisiensi dan infeksi luka, umum terjadi. Pasien obes sering sulit dirawat karena tambahan berat badan; pasien bernafas tidak optimal saat berbaring miring dan karenanya mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operatif. Selain itu, distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatic dan penyakit biliari terjadi lebih sering pada pasien obesitas.

3. **Penyakit kronis**

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM (Penyakit Paru Obstruksi Menahun), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca pembedahan sangat tinggi. Ketidak sempurnaan respon neuroendokrin pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anestesi, atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan obat-obatan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anestesi dan dokter bedah.

4. Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemik.

5. Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan.

6. Gambaran pasien preoperatif

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis. Menurut Long B.C (2001), pasien preoperasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain :

- a. Takut nyeri setelah pembedahan
- b. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image)
- c. Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti)
- d. Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
- e. Takut/ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- f. Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
- g. Takut operasi gagal.

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat mempengaruhi respon fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti : meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, dan sering berkemih

2.3.4 Tahapan Operasi

Menurut Brunner & Suddarth (1996) tindakan operasi melalui tiga fase yaitu preoperasi, intraoperasi dan postoperasi.

1. Fase preoperatif.

Fase ini dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik atau dirumah, menjalani wawancara praoperatif, dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

a. Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

b. Persiapan Fisiologi

- 1) Diet (puasa) pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- 2) Persiapan Perut : Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah periferal. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- 3) Persiapan Kulit : Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- 4) Hasil Pemeriksaan : hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.

- 5) Persetujuan Operasi / Informed Consent : Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia.

Masalah yang sering muncul pada klien sebelum tindakan pembedahan adalah ansietas. Ansietas praoperatif merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh, atau bahkan kehidupannya itu sendiri. Pasien yang menghadapi pembedahan dilingkupi oleh ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesia, kekhawatiran mengenai kehilangan waktu kerja dan tanggung jawab mendukung keluarga.

Aktivitas keperawatan yang dilakukan seorang perawat untuk mengurangi kecemasan pasien adalah dengan memberikan dukungan psikologis seperti: menceritakan pada pasien apa yang sedang terjadi, memberikan dorongan untuk pengungkapan, harus mendengarkan dan memahami, memberikan informasi tentang prosedur pembedahan, menentukan status psikologis dan mengkomunikasikan status emosional pasien pada anggota tim kesehatan lain yang berkaitan.

2. Fase intraoperatif.

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai

perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip - prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu: pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- a) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi
- b) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- c) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- d) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien : Atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk. Anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- a) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse / Perawat Instrumen
- b) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

3. Komplikasi Fase Intraoperatif

Dimulai ketika pasien masuk ke bagian atau ruang bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Lingkup aktifitas keperawatan,

memasang infus, memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

Perawat yang bekerja di ruang bedah harus telah mengambil program *Proregristation Education Courses in Anasthetic and Operating Teather Nursing* . Dalam pembedahan perawat disebut *scrubbed nurse* yang bertindak sebagai asisten ahli bedah. Perawat bertanggung jawab akan pemeliharaan sterilitas daerah pembedahan dan instrumen dan menjamin ketersediaan peralatan ahli bedah untuk terlaksananya pembedahan yang direncanakan.

a) Perlindungan terhadap injury

Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini adalah segala macam aktivitas yang dilakukan oleh perawat di ruang operasi. Aktivitas di ruang operasi oleh perawat difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah – masalah fisik yang mengganggu pasien. Tentunya pada saat dilakukan pembedahan akan muncul permasalahan baik fisiologis maupun psikologis pada diri pasien. Untuk itu keperawatan intra operatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi, namun juga harus berfokus pada masalah psikologis yang dihadapi oleh pasien. Sehingga pada akhirnya akan menghasilkan outcome berupa asuhan keperawatan yang terintegrasi.

b) Monitoring pasien

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi 4 hal, yaitu :

(1) Safety Management

Tindakan ini merupakan suatu bentuk jaminan keamanan bagi pasien selama prosedur pembedahan. Tindakan yang dilakukan untuk jaminan keamanan diantaranya adalah pengaturan posisi pasien. Pengaturan posisi pasien bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada klien dan memudahkan pembedahan. Perawat perioperatif mengerti bahwa berbagai posisi operasi berkaitan dengan perubahan-perubahan fisiologis yang timbul bila pasien ditempatkan pada posisi tertentu.

(2) Monitoring Fisiologis

- (a) Melakukan balance cairan : Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar (cek pada kantong kateter urine) kemudian melakukan koreksi terhadap imbalance cairan yang terjadi. Misalnya dengan pemberian cairan infus.
- (b) Memantau kondisi cardiopulmonal : Pemantauan kondisi kardio pulmonal harus dilakukan secara kontinue untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernafasan, nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain – lain.
- (c) Pemantauan terhadap perubahan vital sign : Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi klien masih dalam batas normal. Jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya.

(3) Monitoring Psikologis : Dukungan Psikologis (sebelum induksi dan bila pasien sadar) dukungan psikologis yang dilakukan oleh perawat pada pasien antara lain :

- (a) Memberikan dukungan emosional pada pasien.
- (b) Perawat berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur pemberian induksi .
- (c) Mengkaji status emosional klien.
- (d) Mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan (jika ada perubahan).
- (e) Pengaturan dan koordinasi Nursing Care yakni dengan mengelola keamanan fisik pasien dan mempertahankan prinsip dan teknik aseptis

4. Fase pascaoperatif.

Fase Post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/ pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Keperawatan postoperatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen

anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah.

Fase post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- a. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*)

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

- b. Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi
Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room* : RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: *post anesthesia care unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- b) ahli anastesi dan ahli bedah
- c) alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Upaya yang dapat dilakukan diarahkan untuk mengantisipasi dan mencegah masalah yang kemungkinan muncul pada tahap ini. Pengkajian dan penanganan yang cepat dan akurat sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi yang memperlama perawatan di rumah sakit atau membahayakan diri pasien. Memperhatikan hal ini, asuhan keperawatan postoperatif sama pentingnya dengan prosedur pembedahan itu sendiri.

5. Faktor yang berpengaruh Post operatif

- a. Mempertahankan jalan nafas : Dengan mengatur posisi, memasang suction dan pemasangan mayo/gudel.
- b. Mempertahankan ventilasi/oksigenasi : Ventilasi dan oksigenasi dapat dipertahankan dengan pemberian bantuan nafas melalui ventilator mekanik atau nasal kanul.
- c. Mempertahankan sirkulasi darah : Mempertahankan sirkulasi darah dapat dilakukan dengan pemberian cairan plasma ekspander.
- d. Observasi keadaan umum, observasi vomitus dan drainase ; Keadaan umum dari pasien harus diobservasi untuk mengetahui keadaan pasien, seperti kesadaran dan sebagainya. Vomitus atau muntahan mungkin saja terjadi akibat pengaruh anastesi sehingga perlu dipantau kondisi vomitusnya. Selain itu drainase sangat penting untuk dilakukan obeservasi terkait dengan kondisi perdarahan yang dialami pasien.

- e. Balance cairan : Harus diperhatikan untuk mengetahui input dan output cairan klien. Cairan harus balance untuk mencegah komplikasi lanjutan, seperti dehidrasi akibat perdarahan atau justru kelebihan cairan yang justru menjadi beban bagi jantung dan juga mungkin terkait dengan fungsi eliminasi pasien.
- f. Mempertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injury : Pasien post anastesi biasanya akan mengalami kecemasan, disorientasi dan beresiko besar untuk jatuh. Tempatkan pasien pada tempat tidur yang nyaman dan pasang side railnya. Nyeri biasanya sangat dirasakan pasien, diperlukan intervensi keperawatan yang tepat juga kolaborasi dengan medis terkait dengan agen pemblok nyerinya.

6. Tindakan Post operatif

Ketika pasien sudah selesai dalam tahap intraoperatif, setelah itu pasien di pindahkan keruang perawatan, maka hal – hal yang harus perawat lakukan, yaitu :

- a. Monitor tanda – tanda vital dan keadaan umum pasien, drainage, tube/selang, dan komplikasi. Begitu pasien tiba di bangsal langsung monitor kondisinya. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan di bangsal setelah postoperatif.
- b. Manajemen Luka : Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi discharge untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan luka sampai dengan pengangkatan jahitan.

- c. Mobilisasi dini : Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM, nafas dalam dan juga batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.
- d. Rehabilitasi : Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.
- e. Discharge Planning : Merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada klien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisi/penyakitnya post operasi. Ada 2 macam discharge planning :
 - 1) Untuk perawat : berisi point-point discharge planning yang diberikan kepada klien (sebagai dokumentasi)
 - 2) Untuk pasien : dengan bahasa yang bisa dimengerti pasien dan lebih detail.

7. Komplikasi Post Operatif

- a. Syok terjadi pada pasien bedah biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah : Pucat , Kulit dingin, basah, Pernafasan cepat, Sianosis pada bibir, gusi dan lidah, Nadi cepat, lemah dan bergetar , Penurunan tekanan darah, Urine pekat.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan

energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, Luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

d. Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus pembedahan rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

e. Infeksi luka operasi (dehisiensi, evicerasi, fistula, nekrose, abses)

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

f. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

g. Embolisme Pulmonal

Embolsime dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

h. Komplikasi Gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami pembedahan abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

8. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi dilakukan tindakan pembedahan, maka tindakan pembedahan dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency yaitu Pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan pembedahan tanpa di tunda. Contoh : perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.

- b. Urgen yaitu Pasien membutuhkan perhatian segera. Pembedahan dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh : infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. Diperlukan yaitu Pasien harus menjalani pembedahan. Pembedahan dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh : Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih. Gangguan tyroid, katarak.
- d. Elektif yaitu Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi pembedahan, bila tidak dilakukan pembedahan maka tidak terlalu membahayakan. Contoh : perbaikan Scar, hernia sederhana, perbaikan vaginal.
- e. Pilihan yaitu Keputusan tentang dilakukan pembedahan diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi pembedahan merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh : bedah kosmetik.