BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. *Health Education*

1. Pengertian *Health Education*

Pendidikan pasien meliputi banyak aspek yakni upaya promosi, perlindungan, dan pemeliharaan kesehatan. Hal tersebut meliputi penyuluhan tentang upaya mengurangi faktor resiko, meningkatkan kesejahteraan individu, dan mengambil langkah langkah perlindungan kesehatan tertentu. Penyuluhan merupakan sistem aktivitas yang bertujuan menghasilkan pembelajaran, maka dari itu diperlukan tentang *Health Education* ini. Menurut Niman (2017), *Health Education* (pendidikan kesehatan) dapat didefinisikan sebagai proses perubahan kebiasaan, sikap dan pengetahuan pada diri manusia untuk mencapai tujuan kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan merupakan proses perkembangan yang dinamis, sebab individu dapat menerima dan menolak apa yang diberikan oleh perawat.

Menurut Notoatmodjo (2012), *Health Education* (Pendidikan Kesehatan) adalah upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bila sakit, dan sebagainya. Jadi *Health Education* adalah suatu intervensi atau upaya yang ditujukan kepada seseorang, agar perilaku seseorang tersebut terjadi karena adanya kesadaran diri supaya bisa menjaga kesehatannya. Dengan kata lain, *Health Education* mengupayakan agar perilaku individu, kelompok, atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

2. Tujuan *Health Education*

Menurut Niman (2017), tujuan *Health Education* (pendidikan kesehatan) yang dilakukan oleh perawat yaitu untuk mengubah perilaku individu, keluarga dan masyarakat sehingga memiliki perilaku sehat dan berperan aktif mempertahankan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat mencakup domain kognitif, attitude dan psikomotor dari individu, keluarga dan masyarakat sehingga mampu memenuhi status kesehatan yang optimal. Dengan kata lain pendidikan kesehatan bertujuan mengajarkan individu untuk hidup dalam kondisi terbaik dengan berupaya keras untuk mencapai tingkat kesehatan yang maksimal. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada individu secara sederhana memiliki tujuan:

a. Menyadari individu akan adanya masalah dan kebutuhan individu untuk berubah.
b. Menyadarkan individu tentang apa yang dapat dilakukan atas adanya masalah, sumber daya yang dimiliki dan dukungan yang bisa didapatkan.
c. Membantu individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok melalui kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat

Menurut Susilowati (2018), tujuan dari *Health Education* sebagai berikut:

a. Tujuan menurut WHO
   1) Tujuan Umum
      Mengubah perilaku individu/masyarakat di bidang Kesehatan
   2) Tujuan Khusus
      a) Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
      b) Menolong individu agar mampu secara mandiri/berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.

c) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

b. Tujuan Operasional

1) Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien & efektif.
2) Agar klien/masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakatnya.
3) Agar orang melakukan langkah2 positif dlm mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.
4) Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada sistem pelayanan kesehatan yang normal.

3. Faktor faktor yang mempengaruhi *Health Education*

Menurut Notoatmodjo (2012), ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan promosi kesehatan dalam melakukan pendidikan kesehatan diantaranya yaitu:

a. Promosi kesehatan dalam faktor predisposisi

Promosi kesehatan bertujuan untuk menggugah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya. Disamping itu dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan, pameran, iklan layanan kesehatan,

dan sebagainya.

b. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *enabling* (penguat)

Bentuk promosi kesehatan dilakukan agar dapat memberdayakan masyarakat dan mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara bantuan teknik, 3 memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

c. Promosi kesehatan dalam faktor *reinforcing* (pemungkin)

Promosi kesehatan ini ditujukan untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

4. Ruang Lingkup *Health Education*

Menurut Notoatmodjo dalam Utami (2015), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, tempat pelayanan pendidikan kesehatan, dan tingkat pelayanan kesehatan.

a. Dimensi sasaran pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu:
   1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
   2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
   3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

b. Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya :
   1) Pendidikan kesehatan disekolah dengan sasaran murid atau siswa, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
   2) Pendidikan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat, balai

kesehatan, rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.

3) Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan.

c. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dibagi:

1) *Health promotion* atau peningkatan kesehatan, yaitu peningkatan derajat atau status kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui pendidikan, penyuluhan ataupun pelatihan kesehatan.

2) *General and specific protection* (perlindungan umum dan khusus) yaitu usaha untuk melindungi masyarakat untuk memberikan perlindungan ataupun pencegahan terhadap terjangkitnya suatu penyakit.

3) *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera atau adekuat), yaitu usaha awal untuk mendeteksi suatu penyakit akibat rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit.

4) *Disability limitation* (pembatasan kecacatan) yaitu suatu usaha mencegah terjadinya kecacatan akibat pengobatan yang kurang tuntas akibat ketidaktahuan masyarakat atau menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh.

5) *Rehabilitation* (rehabilitasi), yaitu usaha untuk memulihkan akibat sakit atau cidera yang terkadang orang enggan atau malu melakukannya.

5. Proses *Health Education*

Menurut Maryunani (2014), proses keperawatan berkaitan dengan pendidikan kesehatan kepada pasien masa pre-operasi, yang meliputi:

a. Pengkajian, merupakan pengumpulan data dasar yang berkaitan dengan pemberian pendidikan kesehatan pada pasie pre-operasi.
b. Perencanaan, dengan tujuan yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan
c. Implementasi, memberikan contoh-contoh, langkah-langkah prosedur berkaitan dengan pendidikan kesehatan.
d. Evaluasi, dengan hasil yang diharapkan berkaitan dengan pendidikan kesehatan
e. Dokumentasi berkaitan dengan pendidikan kesehatan pre-operasi yang dilakukan.

6. Prinsip-Prinsip *Health Education*

Menurut Utami (2015), prinsip-prinsip *Health Education* antara lain sebagai berikut:

a. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman di mana saja dan kapan saja, sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
b. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.
c. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
d. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

7. Peran *Health Education* dalam Perubahan Perilaku

Health Education secara umum segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu,

kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsure-unsur :

a. Input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat, dan pendidik pelaku pendidikan).
b. Proses upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
c. Output melakukan apa yang diharapkan atau perilaku.

Hasil (output) yang diharapkan dari suatu promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif (Notoatmodjo, 2012).

B. Pembedahan

1. Pengertian Pembedahan

Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI,2014). Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase, yaitu: pra operatif, intra operatif, dan pasca operatif, tiga fase ini secara bersamaan disebut periode perioperatif (Kozier, 2020).

2. Klasifikasi Pembedahan

Pembedahan juga diklasifikasikan sebagai bedah mayor dan bedah minor sesuai dengan derajat risiko terhadap klien (Kozier, 2020).

a. Bedah Mayor Merupakan pembedahan dengan derajat risiko tinggi, dilakukan untuk berbagai alasan: pembedahan mungkin memiliki komplikasi atau lama, kehilangan darah dalam jumlah besar mungkin dapat terjadi, organ vital mulai terkena atau komplikasi

pasca operatif mungkin terjadi. Contohnya adalah transplantasi organ, bedah jantung terbuka, dan pengangkatan ginjal.

b. Bedah Minor Merupakan pembedahan dengan derajat risiko kecil, menghasilkan sedikit komplikasi, dan sering dilakukan pada bedah rawat jalan. Contohnya adalah biopsi payudara, pengangkatan tonsil, dan pembedahan tumor kecil.

3. Tim Operasi

Sebuah kamar operasi bisa jadi merupakan ruangan paling istimewa di rumah sakit yang pengelolaannya bisa dibilang paling khusus dibanding ruangan lain pada umumnya. Di tempat itu segala tindakan invasif bisa dilakukan terhadap tubuh manusia, untuk menjamin tindakan operasi berjalan dengan lancar dan meminimalisir faktor-faktor pengganggu, maka perlu dilakukan pengendalian kamar operasi yang baik. Untuk meningkatkan kualitas pengelolaan kamar operasi, kerja sama yang baik sangat diperlukan antar para personilnya, baik dokter, perawat dan anestesi. Jenis tenaga di tim operasi terdiri dari menurut Potter & Perry dalam Hendarsih (2017):

a. Ahli bedah (dokter)
b. Asisten ahli bedah (scrub nurse)
c. Perawat instrumen (circulating nurse)
d. Ahli/ perawat anestesi

4. Respon Terhadap Tindakan Pre operasi

Pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis. Stress fisiologis secara langsung berhubungan dengan luasnya pembedahan, yaitu semakin luas pembedahan maka semakin besar respon fisiologisnya. Respon psikologis yaitu pasien pre operasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan (Maryunani, 2014).

a. Respon Fisiologis

Pembedahan merupakan suatu stressor pada tubuh dan memicu respon neuroendokrin. Respon terdiri dari sistem saraf simpatis dan respon hormonal yang bertindak untuk melindungi tubuh dari ancaman injuri atau trauma. Jika stress fisiologis pada sistem berat atau kehilangan darah yang berlebihan, maka akan terjadi mekanisme kompensasi tubuh dan menyebabkan terjadinya syok. Respon metabolik juga terjadi yaitu karbohidrat dan lemak di metabolisme untuk menghasilkan energi, protein tubuh dipecah untuk memberikan suplai asam amino yang digunakan untuk membentuk jaringan baru. Asam amino yang tidak digunakan diurai menjadi produk akhir nitrogen, seperti urea dan sisa-sisa metabolisme lainnya. Semua faktor ini menjurus kepada kehilangan berat badan setelah pembedahan.Intake protein yang tinggi diperlukan guna mengisi kebutuhan protein untuk keperluan penyembuhan dan mengisi kebutuhan dan fungsi yang optimal (Maryunani, 2014).

b. Respon Psikologis

Respon psikologis yaitu reaksi emosional berupa kecemasan, hal ini dapat dijumpai pada pasien preoperasi. Setiap orang berbeda beda dalam memahami tentang pembedahan dan respon mereka pun berbeda beda juga. Namun, mereka umumnya mempunyai keluhan tertentu. Dalam hal ini, pasien yang akan dioperasi biasanya menjadi agak gelisah. Perasaan gelisah kadang kadang tidak tampak jelas, tetapi kadang kadang pula, kecemasan ini dapat terlihat dalam bentuk lain. Pasien yang gelisah sering bertanya terus menerus dan berulang ulang walaupun pertanyaannya telah dijawab. Kadang pasien tidak mau berbicara dan memperhatikan keadaan sekitarnya, tetapi berusaha mengalihkan perhatiannya pada

hal lain, seperti buku atau sebaliknya, pasien bergerak terus menerus dan tidak bisa tidur.

Beberapa ketakutan yang menimbulkan kecemasan menjelang operasi adalah hal yang individual, dimana ada pasien yang tidak bisa mengidentifikasikan penyebabnya, sementara pasien lainnya ada yang bisa menjelaskan ketakutan dan kecemasannya secara spesifik. Beberapa alasan yang dapat menyebabkan kecemasan/ketakutan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain (Maryunani, 2014):

1) Ketakutan umum Ketakutan terhadap pembedahan, misalnya:
   a) Takut terhadap hal yang belum diketahuinya.
   b) Takut kehilangan kontrol atau kendali dan ketergantungan pada orang lain.
   c) Takut kehilangan cinta dari orang orang terdekat.
   d) Takut mempengaruhi seksualitas.
   e) Takut kecacatan dan perubahan dalam citra tubuh normal.
   f) Takut kehilangan martabatnya.
2) Ketakutan khusus/spesifik terhadap pembedahan, misalnya:
   a) Takut terhadap diagnosis keganasan.
   b) Takut anestesi.
   c) Takut dibuat tidur dan tidak dapat bangun kembali.
   d) Takut terjaga sewaktu pembedahan.
   e) Takut merasa nyeri sewaktu berada di bawah pengaruh obat bius tetapi tidak dapat berkomunikasi.
   f) Takut nyeri pasca operasi.

g) Takut berperilaku tidak pantas selagi di bawah pengaruh anestesi.

h) Takut berbicara dan mengungkapkan masalah pribadi sewaktu dibius.

i) Takut mual dan muntah pasca operasi.

j) Takut diagnosa dan hasil akhir pembedahan.

k) Takut meninggal atau kematian.

3) Cemas Menghadapi Operasi

Pasien yang akan menjalani operasi seringkali mengalami kecemasan preoperasi, suatu keadaan stres psikologi yang dapat mengaktivasi sistem neuroendokrin dan inflamasi. Kecemasan yang dialami pasien dapat menimbulkan masalah yang signifikan dalam manajemen pasien. Ketidakstabilan hemodinamik, stimulasi otonom dan endokrin dapat memperburuk kondisi metabolik akibat operasi.

C. Media *Health Education*

1. Pengertian Media Pendidikan Kesehatan

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu karena alat-alat tersebut merupakan saluran *(chanel)* untuk menyampaikan informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau pasien (Notoatmodjo,2012). Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya ke arah positif terhadap kesehatan (Susilowati, 2016).

Promosi kesehatan tidak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan-pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sehingga sampai memutuskan untuk mengadopsinya perilaku yang positif. Penyuluhan adalah proses penyebarluasan informasi tentang ilmu pengetahuan, teknologi maupun seni, sehingga media penyuluhan memiliki beberapa pengertian, sebagai berikut:

a. Media penyuluhan adalah semua sarana dan alat yang digunakan dalam proses penyampaian pesan.

b. Media penyuluhan adalah wahana untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima yang dapat merangsang pikiran, perasaan dan perhatian/minat.

c. Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatan

2. Tujuan Media Kesehatan

Adapun beberapa tujuan atau alasan mengapa media sangat diperlukan didalam pelaksanaan promosi kesehatan antara lain adalah:

a. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.

b. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.

c. Dapat memperjelas informasi.

d. Media dapat mempermudah pengertian.

e. Mengurangi komunikasi yang verbalistik.

f. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata.

g. Memperlancar komunikasi, dan lain-lain.

3. Penggolongan Media Promosi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012), penggolongan media promosi kesehatan ini dapat ditinjau dari berbagai aspek, antara lain:

a. Berdasarkan bentuk umum penggunaannya

Berdasarkan penggunaan media promosi dalam rangka promosi kesehatan, dibedakan menjadi:

1) Bahan bacaan: modul, buku rujukan/bacaan, folder, leaflet, majalah, bulletin, dan sebagainya.
2) Bahan peragaan: poster tunggal, poster seri, flipchart, transparan, slide, film, dan seterusnya.

b. Berdasarkan cara produksi

Berdasarkan cara produksinya, media promosi kesehatan dikelompokkan menjadi :

1) Media cetak, yaitu suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Fungsi utama media cetak ini adalah member informasi dan menghibur. Adapun macam-macamnya adalah:
   a) Poster
   b) Leaflet
   c) Brosur
   d) Majalah
   e) Surat kabar
   f) Lembar balik
   g) Sticker, dan pamphlet

Tabel 2.1 Kelebihan dan kelemahan media cetak

Kelebihan	Kelemahan
● Tahan lama ● Mencakup banyak orang ● Biaya tidak tinggi ● Tidak perlu listrik ● Dapat dibawa kemana- mana ● Dapat mengungkap rasa keindahan ● Mempermudah pemahaman ● Meningkatkan semangat belajar	● Media ini tidak menstimulir efek suara dan efek gerak ● Mudah terlipat

2) Media elektronika, yaitu suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar (audiovisual) dalam menyampaikan pesannya melalui alat bantu elektronika. Adapun macam-macam media tersebut adalah :
   a) Power Point (PPT)
   b) TV
   c) Radio
   d) Film
   e) Video film
   f) Cassette
   g) CD
   h) VCD

Tabel 2.2 Kelebihan dan kelemahan media elektronika

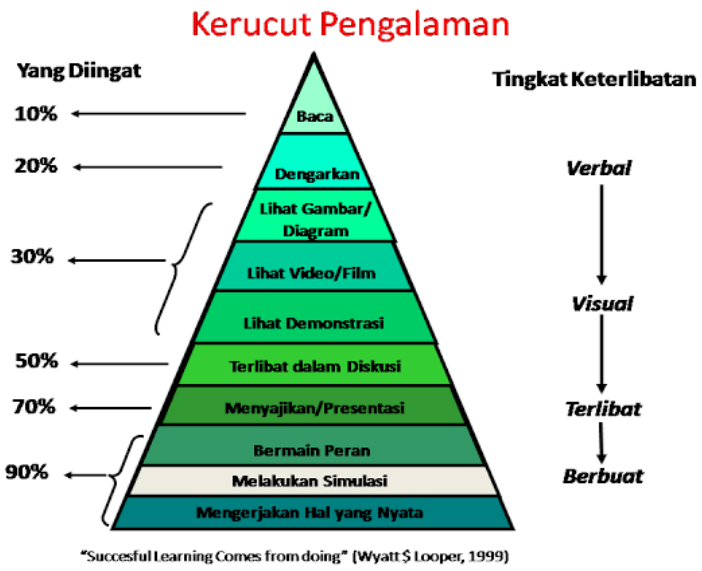
Kelebihan	Kelemahan
● Sudah dikenal masyarakat ● Mengikutsertakan semua panca indera ● Lebih mudah dipahami ● Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak ● Bertatap muka ● Penyajian dapat dikendalikan ● Jangkauan relatif lebih besar ● Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang	● Biaya lebih tinggi ● Sedikit rumit ● Perlu listrik ● Perlu alat canggih untuk produksinya ● Perlu persiapan matang ● Peralatan selalu berkembang dan berubah ● Perlu keterampilan penyimpanan ● Perlu terampil dalam pengoperasian

3) Media luar ruang yaitu media yang menyampaikan pesannya di luar ruang secara umum melalui media cetak dan elektronika secara statis, misalnya:
   a) Papan reklame yaitu poster dalam ukuran besar yang dapat dilihat secara umum diperjalanan. Spanduk yaitu suatu pesan dalam bentuk tulisan dan disertai gambar yang dibuat di atas secarik kain dengan ukuran tergantung kebutuhan dan dipasang di suatu tempat strategis agar dapat dilihat oleh semua orang.
   b) Pameran
   c) Banner
   d) TV layar lebar

Tabel 2.3 Kelebihan dan kelemahan media luar ruang

Kelebihan	Kelemahan
● Sebagai informasi umum dan hiburan ● Mengikutsertakan semua panca indera ● Lebih muda dipahami ● Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak ● Bertatap muka ● Penyajian dapat dikendalikan ● Jangkauan relatif lebih besar ● Dapat menjadi tempat bertanya lebih detail ● Dapat menggunakan semua panca indra secara langsung	● Biaya lebih tinggi ● Rumit ● Ada yang memerlukan listrik ● Ada yang memerlukan alat canggih untuk memproduksinya ● Perlu persiapan matang ● Peralatan selalu berkembang dan berubah ● Perlu keterampilan penyimpanan

Prinsip pembuatan alat peraga (media) bahwa pengetahuan yang ada pada setiap orang diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak pancaindera yang digunakan semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Hal ini menunjukan bahwa keberadaan alat peraga (media) yang menggunakan indera lebih banyak lebih efektif terhadap pemahaman dan mempengaruhi daya ingat responden lebih baik (Susilowati,2016).



Gambar 2.1 Efektivitas Tingkat Pemahaman terhadap Media

sumber: Susilowati,2016

Sumber lain menyatakan bahwa efektivitas media terhadap pemahaman sasaran, yaitu secara:

1. Verbal : 1 X
2. Visual : 3,5 X
3. Verbal dan visual : 6 X

dan adanya perbedaan kemampuan daya ingat seseorang

	sesudah 3 jam	sesudah 3 hari
verbal :	70%	10%
visual :	72%	20%
verbal dan visual :	85%	65%

D. Media Audiovisual

1. Pengertian Media Audiovisual

Menurut Huda (2017), audiovisual adalah media instruksional modern yang sesuai dengan perkembangan zaman (kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi), meliputi media yang dapat dilihat dan

didengar. Media Audiovisual adalah media perantara atau penggunaan materi dan penyerapannya melalui pandangan dan pendengaran, sehingga membangun kondisi yang dapat membuat siswa mampu memperoleh, pengetahuan, keterampilan, atau sikap. Penyebutan audiovisual sebenarnya mengacu pada indra yang menjadi sasaran dari media tersebut.

Media audiovisual mengandalkan pendengaran dan penglihatan dari khalayak sasaran. Sehingga, seorang yang ingin daya ingat dan otaknya tajam dapat dilakukan dengan cara menggunakan media pendengaran (telinga) dan penglihatan (mata). Maka dari itu, media Audiovisual merupakan alat yang digunakan untuk meningkatkan kemampuan otak, khususnya ketajaman otak dan daya ingat, melalui media yang dapat didengar dan dilihat (Cahyo, 2011).

2. Klasifikasi Media Audiovisual

Menurut Sadewa (2018) media Audiovisual adalah media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan lebih baik karena mencakup dua aspek media sekaligus. Adapun pembagian dari media audiovisual terbagi menjadi dua bagian yaitu:

1) Audiovisual diam, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara (soundslides), film rangkai suara, cetak suara.

2) Audiovisual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video cassette.

3. Efektivitas Media Audiovisual

Menurut Susilowati (2016), metode audiovisual mempunyai tingkat efektifitas pemahaman yang baik dan dapat mempengaruhi

daya ingat seseorang lebih tinggi, karena media ini memberikan suatu metode yang kompleks. Pendidikan kesehatan metode audiovisual ditayangkan dengan melibatkan suara, gambar dan tulisan untuk memperjelas pesan yang terkandung dan audiovisual melibatkan pemikiran, pendengaran, penglihatan, psikomotor dan membuat pembelajaran lebih menarik. Sehingga dengan menggunakan metode Audiovisual dapat menyimpan ingatan materi dalam jangka panjang. Kelebihannya lebih menarik, memungkinkan hasil pembelajaran lebih tahan lama, efisien dan beraneka ragam, teks dan visual ditampilkan statis (diam), unsur suara dan unsur gambar yang bisa dilihat berbentuk video dan dianggap lebih menarik dan mudah dipahami. Waktu pelaksanaan audiovisual juga tidak memakan waktu lama namun semua pesan yang disampaikan dapat diterima oleh responden.

Menurut Septiana (2017), Audiovisual tidak memerlukan alat-alat yang banyak dan pelaksanaan tidak memerlukan perencanaan yang komplek, sehingga pendidikan kesehatan metode audiovisual ini sangat disarankan untuk digunakan dalam pembelajaran. Menurut Rusliani dalam Herliana (2019), media ini selain untuk media hiburan dan komunikasi juga dapat digunakan sebagai media edukasi yang mudah dipahami masyarakat dari anak-anak hingga dewasa asal bahasa penyampaiannya jelas dengan bahasa yang mudah dimengerti semua golongan dan usia.

Tabel 2.4 Kelebihan dan kelemahan media audiovisual

Kelebihan	Kelemahan
● Sudah dikenal masyarakat ● Mengikutsertakan semua panca indera ● Lebih mudah dipahami ● Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak ● Bertatap muka ● Penyajian dapat dikendalikan ● Jangkauan relatif lebih besar ● Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang	● Biaya lebih tinggi ● Sedikit rumit ● Perlu listrik ● Perlu alat canggih untuk produksinya ● Perlu persiapan matang ● Peralatan selalu berkembang dan berubah ● Perlu keterampilan penyimpanan ● Perlu terampil dalam pengoperasian

4. Manfaat Media Audiovisual

Dalam kajian mengenai media ditemukan beberapa hal yang dapat dikategorikan sebagai manfaat atau kegunaan media. Sehubungan dengan hal tersebut menurut Daryanto dalam Hidayat (2016) mengungkapkan bahwa manfaat media audiovisual adalah sebagai berikut:

a. Memperjelas pesan agar terlalu verbalistis.

b. Mengatasi keterbatasan ruang, waktu tenaga dan daya indra.

c. Menimbulkan gairah belajar, interaksi lebih langsung antara sumber belajar.

d. Memberi rangsangan yang sama, mempersamakan pengalaman dan menimbulkan persepsi yang sama.

e. Sebagai alat diskusi dan dapat diulang-ulang.

f. Jangkauan lebih besar.

g. Lebih menarik karena ada suara dan gambar bergerak

5. Kriteria-Kriteria Media Audiovisual

Menurut Sadiman dalam Huda (2017), kriteria-kriteria dalam pemilihan media audiovisual, memiliki kriteria yang merupakan sifat-sifat yang harus dipraktekan oleh pemakai media, kriteria tersebut antara lain:

a. Ketersediaan sumber setempat. Artinya bila media yang bersangkutan tidak terdapat pada sumber-sumber yang ada, maka harus dibeli atau dibuat sendiri.

b. Efektifitas biaya, tujuan serta suatu teknis media pengajaran.

c. Harus luwes, kepraktisan, dan ketahan lamaan media yang bersangkutan untuk waktu yang lama, artinya bisa digunakan dimanapun dengan peralatan yang ada disekitarnya dan kapanpun serta mudah dijinjing dan dipindahkan.

E. Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan berasal dari bahasa Latin “agustus” yang berarti kaku dan “angoanci” yang berarti mencekik. Kecemasan (ansietas /*anxiety*) adalah gangguan dalam alam perasaan ketakutan dan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*reality testing ability*), masih baik, kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan pribadi

(*splitting personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Nixson, 2016). Menurut Stuart (2016), kecemasan adalah perasaan tidak tenang yang samar samar karena ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi dan ketidakamanan. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Kecemasan dianggap abnormal jika terjadi terus menerus, hal ini bisa disebut dengan gangguan kecemasan.

Gangguan kecemasan adalah sekelompok gangguan dimana kecemasan merupakan gejala utama (gangguan kecemasan umum dan gangguan panik) atau dialami jika seseorang berupaya mengendalikan perilaku maladaptif tertentu. Kecemasan menjadi jika orang mengalaminya tidak dapat mengontrol akibat suatu hal tertentu. Jadi kecemasan adalah suatu perasaan yang mengganggu seseorang yang membuat tidak nyaman dan jika dibiarkan akan mempengaruhi kehidupan sehari hari.

2. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

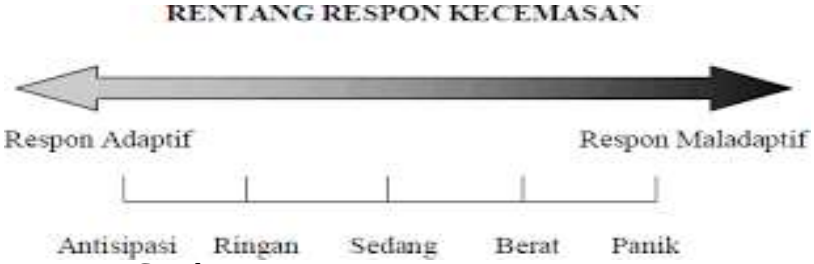
Menurut Peplau dalam Stuart (2016), mengidentifikasi empat tingkat ansietas dengan penjelasan efeknya:

a. Ansietas ringan terjadi saat ketegangan hidup sehari – hari. Selama tahap ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya, jenis ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
b. Ansietas sedang, dimana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar, dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Ansietas berat ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Cenderung memfokuskan pada hal yang detail dan tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas, dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk fokus pada area lain.
d. Panik berkaitan dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal – hal bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motoric, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyempit, dan kehilangan pemikiran rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Tingkat ansietas ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan. Kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian. Tapi panik dapat diobati dengan aman dan efektif.

3. Rentang Respon Kecemasan

Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat cemas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan. Rentang respon kecemasan menggambarkan suatu derajat perjalanan cemas yang dialami individu.



Gambar 2.2 Respon Rentang Kecemasan

Sumber : Stuart (2016)

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart (2016), faktor yang mempengaruhi kecemasan sebagai berikut:

a. Faktor predisposisi

1) Dalam pandangan psikoanalisis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan itu, dan fungsi cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
2) Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan haraga diri rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.
3) Menurut pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang

berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan Haid pertama pada usia lebih awal.

4) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.

5) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

b. Faktor presipitasi

Kategori faktor pencetus kecemasan dapat dikelompokkan menjadi dua faktor yaitu:

1) Faktor Intrinsik

a) Usia pasien

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar terjadi pada umur 21-45 tahun.

b) Pengalaman pasien menjalani pengobatan/ tindakan medis. Apabila pengalaman individu tentang pembedahan atau anestesi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan.

c) Konsep diri dan peran

Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2) Faktor Ekstrinsik

a) Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya pada 20 pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

b) Tingkat Pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

c) Akses informasi

Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Akses informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber.

d) Proses Adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal (lingkungan) yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan 21 rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk membantu pasien mengembalikan

atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

e) Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik, diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi gangguan psikiatriknya lebih banyak. Jadi, keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien menghadapi tindakan pembedahan atau anestesi.

f) Jenis tindakan

Jenis tindakan, klasifikasi suatu tindakan, terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tentang tindakan pembedahan atau anestesi, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

5. Manifestasi Klinis Kecemasan dalam Tubuh Manusia

Kecemasan dapat menimbulkan manifestasi klinis yang akan tampak pada beberapa sistem organ, diantaranya adalah sebagai berikut (Stuart, 2016):

a. Respon Fisiologi

1) Kardiovaskuler

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu : jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.

2) Pernafasan

Manifestasi klinis yang terjadi yaitu : nafas cepat, rasa tertekan pada dada, nafas dangkal. Pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik dan terengah-egah.

3) Neuromuskular

Seseorang akan merasakan refleksnya meningkat, gelisah, wajah

terasa dan tampak tegang, kelemahan umum, kaki bergoyang-goyang, tremor.

4) Gastrointestinal

Seseorang yang cemas akan kehilangan nafsu makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual dan diare.

5) Traktus urinarius

Manifestasi yang terjadi yaitu, tidak dapat menahan kencing dan atau sering berkemih.

6) Integument

Wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat dan berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon perilaku: gelisah, ketegangan fisik, tremor, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghindari, melarikan diri dari masalah, cenderung mendapat cedera.

c. Respon kognitif: perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kreativitas menurun, bingung.

d. Respon afektif: meliputi hambatan berpikir, bidang persepsi menurun, kreatifitas dan produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran meningkat, kehilangan objektivitas, khawatir kehilangan kontrol, khawatir pada gambaran visual, khawatir cedera, mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, kekhawatiran, tremor, gelisah.

6. Sumber Koping

Seseorang dapat mengatasi kecemasan dengan mobilisasi sumber koping yang dimiliki internal dan eksternal di lingkungan. Sumber daya seperti aset keuangan, kemampuan pemecahan masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang

mengintegrasikan pengalaman stres dalam hidup mereka dan belajar untuk mengadopsi koping yang efektif. Hal tersebut dapat dilakukan oleh individu untuk mengatasi kecemasan.

7. Penatalaksanaan Kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan dapat diberikan terapi farmakologi ataupun non farmakologi. Menurut Maryunani (2014), kecemasan apabila tidak diatasi akan menimbulkan masalah dan mengganggu proses operasi berlangsung atau dapat pula terjadi pembatalan operasi, kondisi ini memerlukan suatu upaya dalam menurunkan kecemasan yang dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan kesehatan, mengajarkan pasien tentang teknik relaksasi ataupun yang lainnya. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan kendali dan percaya diri serta mengurangi stres dan kecemasan yang dirasakan.

a. Farmakologi

Menurut Kaplan dan Sadock dalam Nugroho, Sutejo, Sarwo (2020), bahwa dua jenis obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan adalah anti ansietas dan anti depresan. Anti ansietas, meliputi buspirone dan benzodiazepin, sedangkan antidepresan meliputi *golongan Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors* (SNRI).

b. Non farmakologi

1) Terapi perilaku

Terapi perilaku atau latihan relaksasi dapat juga digunakan untuk mengatasi stres dengan mengatur tekanan emosional yang terkait dengan kecemasan. Jika otot-otot yang tegang dapat dibuat menjadi lebih santai, maka ansietas akan berkurang (Stuart, 2016).

2) Terapi kognitif

Menurut Potter & perry dalam Nugroho, Sutejo, Sarwo (2020),

metode menghilangkan kecemasan dengan cara mengalih perhatian (distraksi) pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami.

3) Psikoterapi Pendidikan penting dalam mempromosikan respon adaptif klien kecemasan. Perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan setiap klien dan kemudian merumuskan rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Stuart, 2016). Menurut PPNI (2018), persiapan pembedahan yang diberikan pada pasien yang akan dilakukan operasi salah satunya adalah pemberian informasi atau pendidikan kesehatan mengenai pembedahan.

8. Penilaian Tingkat Kecemasan

Menurut Moerman dalam Pramantara (2016), ada beberapa alat ukur kecemasan sebagai berikut :

a. *Zung self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*

Zung self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien 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.

Keterangan :

1= Tidak pernah

2= Kadang kadang

2= Sebagian waktu

3= 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 alat ukur ini adalah 20-80, dengan keterangan pengelompokan sebagai berikut:

Nilai 20–44 = kecemasan ringan

Nilai 45-59 = kecemasan sedang

Nilai 60-74 = kecemasan berat

Nilai 75-80 = kecemasan panik

b. *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS)

APAIS merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur praoperatif yang divalidasi, diterima dan diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa di dunia. APAIS bertujuan untuk melakukan skrining secara praoperatif kecemasan dan kebutuhan akan informasi pasien, sehingga dapat diidentifikasi pasien-pasien yang membutuhkan dukungan tambahan. Kuesioner ini terdiri dari 6 soal yang terdiri dari 4 pertanyaan (1,2,4 & 5) untuk mengkaji kecemasan, dan 2 pertanyaan (3&6) untuk mengkaji kebutuhan informasi. Nilai APAIS dihitung dengan ketentuan:

Sama sekali tidak bernilai = 1

Tidak bernilai = 2

Sedikit bernilai = 3

Agak bernilai = 4

Sangat bernilai = 5

Keterangan:

Jenjang berat = $15 \leq X$

Sedang = $9 \leq X < 15$

Ringan = $X < 9$

c. *Hamilton Rating ScaleFor Anxiety (HRS-A)*

Skala ini dibuat oleh Max Hamilton. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan . Kuesioner HRS-A terdiri dari 14 kategori pertanyaan tentang gejala kecemasan dan satu kategori perilaku saat wawancara yang terdiri dari skala yang umumnya ditemukan sebagai karakteristik kecemasan (7 gejala psikologis dan 7 gejala fisiologis).

Tabel 2.5 Rentang nilai pengukuran HRS-A

Nilai	**Keterangan**
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang atau separuh dari gejala yang ada
3	Berat atau lebih dari tengah gejala yang ada
4	Sangat berat semua gejala ada

Sumber: Nixson, 2016

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor item 1-14 dengan hasil:

1. Skor <6 : tidak ada kecemasan
2. Skor 6-14 : kecemasan ringan
3. Skor 15-27 : kecemasan sedang
4. Skor >27 : kecemasan berat

d. *State Anxiety Score* dari *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

STAI merupakan instrumen berupa kuesioner yang dikembangkan oleh Spielberger pada tahun 1970 untuk menilai kecemasan. Kuesioner STAI terdiri dari dua bentuk, pertama untuk mengukur kecemasan *trait* dan yang kedua untuk mengukur kecemasan *state*. Keemasan *trait* adalah perbedaan kecenderungan untuk mengalami kecemasan yang relatif stabil pada individu, sedangkan kecemasan *state* adalah kecemasan pada situasi khusus yang dihadapi. Setiap bentuk Kuesioner STAI terdiri atas 20 pernyataan yang diberi nilai oleh pasien sendiri menurut skala *likert* 1 sampai 4. Waktu yang dibutuhkan relatif lama bagi responden mengisi kuesioner STAI yaitu sekitar 10 menit.

F. Penelitian terkait

Pada penelitian yang dilakukan oleh Nugroho, Sutejo, Sarwo tahun 2020 dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Audiovisual Android Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Spinal Anestesi di RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini menggunakan jenis *Quasi Eksperimental* dengan desain *pretest and post test with control group*. Jumlah responden 70 orang yang dipilih dengan menggunakan *consecutive sampling.* Instrumen menggunakan modifikasi *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) yang telah diuji validitas 0,91. Analisa data menggunakan uji *Mann Whitney*. Sebelum diberikan pendidikan kesehatan menggunakan aplikasi Audiovisual spinal anestesi sebagian besar responden mengalami kecemasan berat dan sesudah diberikan sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan. Hasil uji *Mann Whitney* nilai p-*value* 0,000 maka nilai p-*value*<0,05. Ada pengaruh pendidikan kesehatan Audiovisual android terhadap kecemasan pasien pre operasi spinal anestesi di RSU PKU Muhammadiyah Bantul.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hartuti, Rahmawati, Mustikarani tahun 2020 dengan judul Pengaruh Pemberian Informasi Melalui Audiovisual Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Laminektomi Di Rumah Sakit Ortopedi Prof DR. R. Soeharso Surakarta. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian informasi melalui Audiovisual terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi laminektomi di RSO. Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Metode penelitian ini menggunakan quasi eksperimen dengan rancangan komparatif pre dan post test without control, teknik pengambilan sampel dengan insidental sampling, uji statistik penelitian ini non parametrik berpasangan, data bersifat kategorik (ordinal) menggunakan Uji Wilcoxon dengan derajat kepercayaan 95%, sedang pengukuran kecemasan menggunakan kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi pasien yang dilakukan laminektomi 62% laki-laki, 24% berumur

lansia akhir (56-65 tahun), 56% tingkat pendidikan SMA, dan 84% belum mempunyai pengalaman operasi laminektomi. Tingkat kecemasan sebelum pemberian informasi melalui Audiovisual sebagian besar kategori sedang sebesar 68% dan setelah pemberian informasi melalui Audiovisual menjadi cemas ringan sebesar 82%. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian informasi melalui Audiovisual terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi laminektomi yang dibuktikan nilai p= 0.000 (0.000<0.05).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Fadli, Toalib, Irmayanti tahun 2019 dengan judul pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi mayor. Tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi mayor Di Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang. Jenis penelitian yaitu kuantitatif dengan metode *quasi eksperimental* menggunakan rancangan *one group pre and post test design*. Metode pengambilan sampel yaitu *purposive sampling* sebanyak 15 responden dengan menggunakan uji *Wilcoxon Test.* Hasil penelitian didapatkan nilai p=0,001 dengan kemaknaan p < α (0,05) nilai p 0,001 < 0,05 sehingga ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi mayor Di Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang. Penelitian dapat digunakan sebagai masukan bagi institusi kesehatan dan dapat menjadi penanganan yang terus dikembangkan dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi mayor.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Dewi, Pramana, Hendra tahun 2019 dengan judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Orthopedi Di Rsud Dr Soedarso Pontianak. Penelitian kuantitatif yang menggunakan *Quasy Experiment* dengan *pretest* dan *posttest nonequivalent control group*. Total responden pada kelompok intervensi dan kontrol adalah 26 orang. Uji

analisis T berpasangan didapatkan nilai P = 0.001 (p < 0,05) yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi ortopedi. Kesimpulannya adalah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi bedah mayor ortopedi. Sehingga, pendidikan kesehatan dapat direkomendasikan untuk menurunkan tingkat kecemasan.

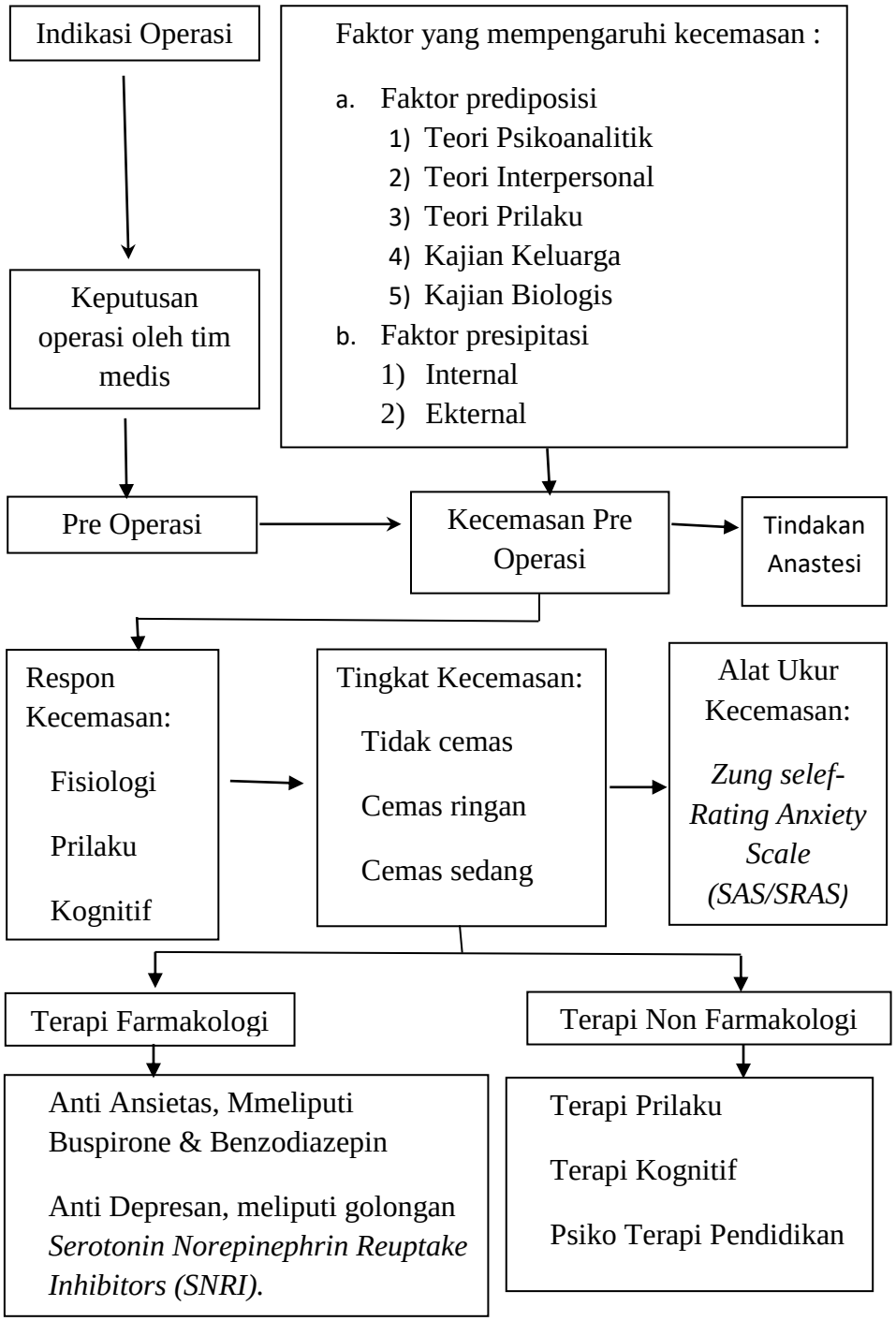
Pada penelitian yang dilakukan Fajriani tahun 2019 dengan judul Pemberian Edukasi Pre Operasi Melalui Audiovisual Untuk Mengatasi Kecemasan Pasien Pre Operasi Hernioplasty Di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rs Ken Saras Kabupaten Semarang. Tujuan: Menerapkan pemberian edukasi pre operasi melalui Audiovisual untuk mengatasi kecemasan pre operasi hernioplasty di ruang Instalasi Bedah Sentral RS Ken Saras Kabupaten Semarang. Metode: Desain studi kasus ini didasarkan pada pendekatan studi kasus deskriptif dengan menggunakan tindakan pemberian edukasi pre operasi melalui Audiovisual untuk mengatasi kecemasan pasien pre operasi hernioplasty dengan menggunakan kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) di ruang Instalasi Bedah Sentral RS Ken Saras Semarang. Hasil, Pembahasan, Simpulan: Berdasarkan hasil studi kasus menunjukan responden 1 jumlah skor kecemasan (kecemasan ringan) dari jumlah skor sebelum intervensi yaitu (kecemasan sedang). Sedangkan pada responden 2 menunjukan tingkat kecemasan tetap ringan namun dengan penurunan jumlah skor 17(kecemasan ringan) dari jumlah skor sebelumnya yaitu 19 (kecemasan ringan). Pada pasien hernioplasty akan mudah mengalami kecemasan pre operasi. Menurut hasil penelitian Cakmak, et al (2018) pemberian edukasi pre operasi berbasis Audiovisual berpengaruh menurunkan kecemasan pre operasi. Stimulus sensori yang menyenangkan merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus cemas yang dirasakan menjadi berkurang serta akan memberikan pengalihan ke stimulus yang lain, dan akan mengakibatkan lebih sedikit stimulus cemas yang ditransmisikan ke otak sehingga dapat mempengaruhi respon tubuh seperti: tekanan darah menurun atau kembali normal, nadi dalam batas normal, dan

nafas menjadi teratur. Dari uraian diatas menunjukan adanya perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Artinya dalam pemberian edukasi pre operasi dengan audiovisual mampu menurunkan tingkat kecemasan pasien hernioplasty.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Kardewi tahun 2017 dengan judul Pendidikan Kesehatan Dalam Mengurangi Kecemasan Pasien Pra Bedah Di Instalasi Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang. Jenis penelitian ini termasuk kedalam *pre–eksperimen* (*quasi eksperiment)* dengan rancangan *static – group comparison*. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah responden 30 orang. Alat pengumpul data berupa kuesioner yang terdiri dari data umum dan 14 pertanyaan yang berkaitan dengan variabel kecemasan menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Hasil penelitian ini diolah dan dianalisis secara univariat dan bivariat (Uji *Independent Sample t Test*, dengan nilai ά = 0,05). Hasil penelitian melalui uji statistik dengan menggunakan *Independent Sample t Test* diperoleh nilai ά = 0,001 < ά = 0,05, dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna rata-rata skor kecemasan pasien yang mendapat pendidikan kesehatan dengan pasien yang tidak diberi pendidikan kesehatan. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan bagi pasien yang akan menjalani proses pembedahan efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pasien pra bedah.

G. Kerangka teori

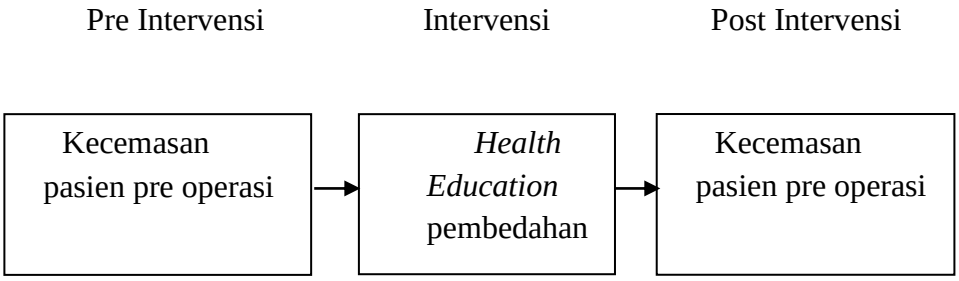
Kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.3 Kerangka Teori
Sumber: Modifikasi Stuart (2016), Potter & Perry dalam Nugroho, Sutejo, Sarwo (2020), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), Moerman dalam Pramantara (2016).

H. Kerangka konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

I. Hipotesis penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ada pengaruh *Health Education* pembedahan dengan media audiovisual terhadap kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD A. Yani Metro Provinsi Lampung Tahun 2021.