

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Konsep *Sectio Caesarea*

a. Pengertian *Sectio Caesarea*

Istilah persalinan *sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *cedere* yang berarti memotong atau menyayat. Dalam ilmu obstetric, istilah tersebut mengacu pada tindakan pembedahan yang bertujuan melahirkan bayi dengan membuka dinding perut dan Rahim ibu. (Todman, 2007; Lia et.al, 2010 dalam buku Sitoris, 2021)

Sectio Caesarea merupakan suatu tindakan medis dimana dilakukan proses pembedahan untuk melahirkan anak lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus. Apabila dari hasil pemeriksaan ditemukan ibu mengalami panggul sempit, terdapat tumor pada jalan lahir, plasenta previa dll maka tindakan *sectio caesarea* dapat dilakukan begitu pula bila terdapat kegawatan janin dan kelainan letak. Saat ini seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi tindakan *sectio caesarea* semakin sering dilakukan (Oxorn & Forte, 2010 dalam Kusumawati et al., 2016)

b. Etiologi *Sectio Caesarea*

1) Indikasi yang berasal dari ibu

Yaitu pada primigravida dengan kelainan letak, primi para tua disertai kelainan letak ada, *disproporsi sefalo pelvic* (disproporsi janin/panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsia eklampsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM),

gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya)

2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi. (Nurafif & Kusuma, 2016)

c. Keuntungan dan Kerugian *Sectio Caesarea*

Sebelum keputusan untuk melakukan tindakan *sectio caesarea* diambil, harus dipertimbangkan secara teliti dengan resiko yang mungkin terjadi. Pertimbangan tersebut harus berdasarkan penilaian pra bedah secara lengkap yang mengacu pada syarat-syarat pembedahan dan pembiusan dalam menghadapi kasus gawat darurat. Tindakan *sectio caesarea* memang memiliki keuntungan dan kerugian. Keuntungannya diantara lain adalah proses melahirkan memakai waktu yang lebih singkat, rasa sakit minimal, dan tidak mengganggu atau melukai jalan lahir. Sedangkan kerugian tindakan ini dapat menimpa baik ibu atau bayi yang dikandungnya. (Rahmadhani, 2018)

1) Kerugian yang dapat menimpa Ibu

Resiko kematian empat kali lebih besar dibanding persalinan normal. Darah yang dikeluarkan dua kali lipat dibanding persalinan normal. Rasa nyeri dan penyembuhan luka pascaoperasi lebih lama dibandingkan persalinan normal. Jahitan bekas operasi beresiko terkena infeksi sebab jahitan itu berlapis-lapis dan proses keringnya bisa tidak merata. Perlekatan organ bagian dalam karena noda darah tidak bersih. Kehamilan dibatasi dua tahun setelah operasi. Harus di caesaria lagi saat melahirkan kedua dan seterusnya. Pembuluh darah dan kandung kemih bisa tersayat pisau bedah. Air ketuban masuk pembuluh

darah yang bisa mengakibatkan. Kematian mendadak saat mencapai paru-paru dan jantung. (Sunaryo, 2004 dalam Rahmadhani, 2018)

2) Kerugian yang dapat menimpa bayi

Resiko kematian 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi yang lahir melalui proses persalinan biasa. Cenderung mengalami sesak nafas karena cairan dalam paru- parunya tidak keluar. Pada bayi yang lahir normal, cairan itu keluar saat terjadi tekanan. Sering mengantuk karena obat penangkal nyeri yang diberikan kepada sang ibu juga mengenai bayi. (Sunaryo, 2004 dalam Rahmadhani, 2018).

d. Penatalaksanaan (Roberia, 2019)

1) Perawatan *Pre* Operasi *Sectio Caesarea*

a) Persiapan Kamar Operasi.

Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai. Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi.

b) Persiapan Pasien.

Pasien telah dijelaskan prosedur operasi. *Informed consent* telah ditanda tangani oleh keluarga pasien. Perawat memberi *support* kepada pasien. Daerah yang akan di insisi telah dibersihkan (rambut pubis di cukur dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptic). Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah diderita oleh pasien. Pemeriksaan laboratorium (darah, urine). Pemeriks USG. Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi

2) Perawatan *Post Operasi Sectio Caesarea*

a) Analgesia

Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg Meperidin (intra muskuler) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morfin. Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis Meperidin yang diberikan adalah 50 mg. Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg Meperidin. Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik

b) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c) Terapi cairan dan diet

Pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh di bawah 30 ml/jam, pasien harus segera dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.

d) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

e) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurang 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f) Perawatan luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari ke empat setelah pembedahan. Paling lambat hari ke tiga *post partum*, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi

g) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera di cek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

h) Perawatan Payudara

Pemberian ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi rasa sakit.

i) Memulangkan pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman bila diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari ke empat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu seminggunya harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain.

2. Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Menurut Teori Reva Rubin, ibu baru biasanya berkembang melalui serangkaian tahap tingkat perkembangan sebagai peran seorang ibu. Ada tiga fase adaptasi: *Taking in, taking-hold, letting go* (Rubin 1961 dalam Reviani, 2022) sebagai berikut :

a. Fase *taking-in*.

Fase ini difokuskan pada ibu dalam kebutuhan makanan, cairan, dan tidur. Tingkah laku ibu adalah pasif saat menerima perawatan fisik dan perhatian dari orang lain. Ibu bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Rubin menggambarkan ini sebagai fase pengasuhan dan perawatan protektif yang bertahan lama 2 sampai 3 hari. Meningkatnya perilaku ketergantungan ibu, ingin merawat dirinya sendiri. Ibu banyak bertanya dan berbicara banyak tentang pengalaman melahirkan.

- 1) Fase biasanya berlangsung 1 sampai 2 hari;
- 2) Mungkin satu-satunya fase yang diamati oleh perawat selama rawat inap karena kecenderungan mempersingkat masa rawat inap untuk pasien kebidanan tanpa komplikasi.

Pada fase ini ciri-ciri ibu seperti frekuensi tidur yang cukup, nafsu makan berubah menjadi meningkat, menceritakan pengalaman kelahirannya secara berulang-ulang, menunggu apa yang disarankan dan apa yang diberikan. Disebut fase *taking-in*, karena selama waktu ini, ibu yang baru melahirkan masih membutuhkan perlindungan dan perawatan pada orang lain seperti perawat, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pada fase ini ibu lebih mudah tersinggung dan cenderung pasif terhadap lingkungannya disebabkan karena salah satu faktor kelelahan.

b. Fase *taking-hold*

Pada fase ini ibu menjadi lebih mandiri karena dia tertarik dan tanggung jawab untuk perawatan fisiknya sendiri. Fokusnya beralih ke perawatan bayinya. Terjadi hari ke 3 - 10 *post partum*. Terlihat sebagai suatu usaha terhadap pelepasan diri dengan ciri-ciri kecemasan makin menguat, perubahan *mood* mulai terjadi dan sudah mengerjakan tugas keibuan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Taviyanda (2019 dalam Reviani, 2022) bahwa ada perubahan emosional yang ibu rasakan ketika menjadi seorang ibu dan sebagian besar ibu setelah melihat bayinya untuk pertama merasa senang dan mereka sangat tertarik dengan kehadiran bayi mereka, walaupun rasa senang itu juga disertai dengan perasaan takut, cemas dan bingung bagaimana ibu merawat bayi untuk pertama kalinya.

Pada fase ini timbul kebutuhan ibu untuk mendapatkan perawatan dan penerimaan dari orang lain dan keinginan untuk bisa melakukan segala sesuatu secara mandiri. Ibu mulai terbuka untuk menerima pendidikan kesehatan bagi dirinya dan juga bagi bayinya. Pada fase ini ibu merespon dengan penuh semangat untuk memperoleh kesempatan belajar dan berlatih tentang cara perawatan bayi dan ibu memiliki keinginan untuk merawat bayinya secara langsung. Ibu akan mulai fokus pada kebutuhan bayi melepaskan peran hamil, mengambil peran sebagai ibu, tertarik untuk belajar merawat bayi, mengalami periode kelelahan yang tinggi dan tuntutan yang meningkat oleh bayi, mungkin mengalami *baby blues* pada 3 hingga 4 hari persalinan selama fase ini.

c. Fase *letting-go*

Pada fase ini pasangan harus merubah gaya hidup setelah memiliki seorang anak. Pada pengalaman kelahiran yang diharapkan mungkin tidak terwujud maka orang tua harus melepaskan pengalaman yang direncanakan dan menerima apa yang sebenarnya

terjadi. Beberapa ibu dan/atau ayah, bayi yang baru lahir tidak sesuai dengan bayi yang mereka impikan dan bicarakan selama kehamilan. Mereka mungkin kecewa dengan jenis kelamin, ukuran, atau karakteristik lain dari bayi. Sekarang mereka harus melepaskan harapan dan menerima kenyataan bayi mereka. Ibu dan ayah melepaskan peran mereka "mengharapkan" dan bergerak maju sebagai satu kesatuan dengan anggota baru. Mereka mendirikan gaya hidup yang mencakup anak dan perannya sebagai orang tua sehingga, waktu harus dibuat untuk berbagi kegiatan dan minat orang dewasa.

Fase *letting-go* (berjalan sendiri dilingkungannya), fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung setelah 10 hari *post partum*. Periode ini biasanya setelah pulang ke rumah dan sangat dipengaruhi oleh waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Pada saat ini ibu mengambil tugas dan tanggung jawab terhadap perawatan bayi sehingga ia harus beradaptasi terhadap kebutuhan bayi yang menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

3. Konsep Mobilisasi Dini

a. Mobilisasi Dini *Post Sectio Caesaria*

Mobilisasi dini merupakan gerakan yang segera dilakukan pasca operasi. Hal ini dilakukan dengan tujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Pada pasien pasca operasi, mobilisasi secara bertahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien (Faizal, 2020 dalam Mardayati, 2021)

Mobilisasi dini pasca *sectio caesarea* adalah suatu pergerakan, posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan ibu setelah beberapa jam melahirkan dengan persalian *sectio caesarea*. Tujuan mobilisasi pada *post sectio caesarea* adalah untuk membantu jalannya

penyembuhan pasien diikuti dengan istirahat (Widyawati, 2015 dalam Indrawasih, 2018)

b. Keuntungan Mobilisasi

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan yaitu sebagai berikut : 1) Melancarkan pengeluaran lochia, mengurangi infeksi puerperium. 2) Mempercepat involusi uterus. 3) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin. 4) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi Asi dan pengeluaran sisa metabolisme (Dewi & Sunarsih, 2015 dalam Indrawasih, 2018)

Keuntungan lain dari mobilisasi dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, kesempatan yang baik untuk mengajar ibu merawat/memelihara anaknya. Tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal. Tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut. Tidak memperbesar kemungkinan *prolaps* atau *retrofleksi*. Mobilisasi dini dilakukan berangsur-angsur, maksudnya bukan berarti ibu diharuskan langsung bekerja (mencuci, memasak, dan sebagainya) setelah bangun (Dewi & Sunarsih, 2015 dalam Indrawasih, 2018).

c. Kerugian Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

- 1) Peningkatan suhu tubuh. Karena adanya involusi uterus yang tidak baik sehingga sisa darah tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi dan salah satu dari tanda infeksi adalah peningkatan suhu tubuh.
- 2) Perdarahan yang abnormal. Dengan mobilisasi dini kontraksi uterus akan baik sehingga fundus uteri keras, maka resiko perdarahan yang abnormal dapat dihindarkan, karena kontraksi membentuk penyempitan pembuluh darah yang terbuka.

- 3) Involusi uterus yang tidak baik. Tidak dilakukan mobilisasi secara dini akan menghambat pengeluaran darah dan sisa plasenta sehingga menyebabkan terganggunya kontraksi uterus (Widyawati, 2015 dalam Indrawasih, 2018)

d. Latihan dan Tahapan Mobilisasi

Mobilisasi pasca operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar. Tahap-tahap mobilisasi pada pasien pasca operasi meliputi (Mahardika et al., 2019):

- 1) Pada saat awal (6 sampai 8 jam setelah operasi). Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan.
- 2) Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi Badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak dan fase selanjutnya duduk di atas tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerakkan.
- 3) Pada hari ke 2 pasca operasi. Rata-rata untuk pasien yang dirawat di kamar atau bangsal dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, semestinya memang sudah bisa berdiri dan berjalan di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk mengembalikan fungsi pasien kembali normal.

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea* menurut Hartati (2014 dalam Rahma & Kamsatun, 2018) yaitu usia, paritas, tingkat pendidikan, pekerjaan, serta skala nyeri selain itu pengalaman operasi *sectio caesarea*, pengetahuan, motivasi, dan pemberian informasi juga mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini pada ibu *post sectio caesarea*.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kemandirian pasien dalam pelaksanaan mobilisasi dini adalah intervensi dari tenaga kesehatan (perawat, bidan, dan dokter), pengetahuan keluarga besar (*extended family*) terhadap prosedur tindakan mobilisasi dini, dan motivasi diri sendiri. Motivasi yang dimiliki ibu sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan mobilisasi dini secara mandiri. Informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan jika tidak dilakukan dengan pemahaman yang baik membuat ibu akan tetap memiliki ketergantungan kepada petugas kesehatan dalam pelaksanaan mobilisasi dini (Hartati et al., 2014 dalam Sutrisno et al., 2021)

4. Konsep *Caring* Perawat

a. Pengertian *Caring*

Menurut bahasa, istilah *caring* diartikan sebagai tindakan kepedulian. Secara umum diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi untuk orang lain, *caring* merupakan pengawasan dengan waspada, serta suatu perasaan empati kepada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi. *Caring* merupakan esensi dari keperawatan yang membedakan perawat dengan profesi kesehatan lain (Watson, 2009 dalam Afrini, 2019)

Caring berbeda dengan *care*. *Care* adalah fenomena yang berhubungan dengan orang, bimbingan, dukungan perilaku kepada individu, keluarga, kelompok dengan adanya kejadian untuk memenuhi kebutuhan aktual maupun potensial untuk meningkatkan kondisi dan kualitas kehidupan manusia. Sedangkan *caring* adalah tindakan nyata dari *care* yang menunjukkan suatu rasa kepedulian. *Caring* sebagai bentuk memberikan perhatian kepada orang lain, berpusat kepada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan, komitmen untuk mencegah terjadinya status kesehatan yang memburuk, memberi perhatian dan menghormati orang lain (Nursalam, 2014 dalam Afrini, 2019)

Swanson (1991) mendefinisikan *caring* adalah, "a nurturing way of relating to valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility" yaitu bagaimana seorang perawat dapat merawat seseorang atau klien dengan tetap menghargai martabat orang tersebut dengan komitmen dan tanggungjawab. Dapat diartikan juga sebuah cara untuk menciptakan dan atau memelihara kesehatan yang dapat dilakukan dengan menjalin hubungan yang bernilai dengan orang lain, sehingga mempunyai hubungan yang lebih dekat dengan komitmen dan tanggungjawab. (Kusnanto, 2019)

b. Komponen *Caring*

Teori Swanson muncul dengan adanya riset yang dilakukan oleh Swanson dibawah bimbingan Jean Watson. Namun bukan berarti teori Swanson ini jiplakan dari teori Jean Watson melainkan mereka bersepakat Teori Swanson merupakan suatu teori milik Swanson yang menjadi penguat teori Jean Watson. Komponen teori yang dimiliki oleh Jean Watson terkenal sebagai 10 tindakan kuratif Jean Watson dimana hal itu memuat 10 komponen. Sedangkan teori Swanson, dimana teori ini muncul pada tahun 1991 maka teori ini lebih ringkas namun sudah memuat segalanya. Dalam teori Swanson

ini terdapat 5 komponen *Caring* (Febriana, 2017 dalam Rahmayani, 2020). Komponen *caring* menurut Swanson ini adalah :

1) *Maintaining Belief*

Dalam komponen ini Swanson menumbuhkan suatu kepercayaan dan keyakinan kepada klien agar dapat melalui proses kehidupan dan melewati masa transisi untuk menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, mampu berperilaku optimis, dan mengambil hikmah dari segala peristiwa yang telah terjadi didalam kehidupannya. Tujuan dari mempertahankan keyakinan ini adalah untuk membantu orang lain memaknai semua kehidupan yang telah terjadi pada masa lampau guna menjalani kehidupan dimasa yang akan datang. Subdimensi yang terdapat di *maintaining belief* adalah :

a) Percaya / Memegang Kepercayaan (*Believing In*)

Hal ini dilakukan dengan mendengarkan semua keluhan kesah klien

b) Memberikan Harapan (*Offering A Hope- Filled Attitude*)

Dengan memberikan dorongan dan motivasi terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi

c) Menawarkan Keyakinan (*Maintaining Realistic Optimism*)

Memelihara perilaku optimis dengan meyakinkan klien bahwa dirinya dapat melewati kondisi yang saat ini sedang dialami

d) Membantu Menemukan Arti (*Helping To Find Meaning*)

Memaknai segala yang sedang terjadi secara perlahan hingga klien mampu menerimanya

e) Menjaga Jarak (*Going The Distance*)

Mempererat hubungan dengan klien namun tetap mempertahankan peran antara perawat dan klien

2) *Knowing*

Berusaha mengerti dengan apa yang sedang dialami oleh klien. Pada komponen ini dalam melakukan asuhan keperawatan lebih dengan menggali informasi secara detail, berfokus kepada satu tujuan keperawatan dan menyatukan persepsi antara perawat dan klien. Subdimensi yang terdapat dalam knowing adalah :

a) Menghindari Asumsi (*Avoiding Assumption*)

Menghindari adanya asumsi antara perawat dan klien dan menyamakan persepsi.

b) Penilaian Menyeluruh (*Assesing Thoroughly*)

Melakukan pengkajian secara holistik yaitu berdasarkan aspek biologis, psikologis, sosiologis, spiritual dan kultural.

c) Mencari Petunjuk (*Seeking Clues*)

Upaya untuk menemukan informasi-informasi yang mendalam dan menyeluruh tentang klien.

d) Fokus Pada Pelayanan Satu Orang (*Centering On The One Cared For*)

Melakukan asuhan keperawatan dengan berfokus pada klien.

e) Mengikat Diri atau Keduanya (*Enganging The Self Of Both*)

Menjadi perawat secara utuh dengan melakukan kerjasama dalam menjalankan asuhan keperawatan yang efektif dengan klien

3) *Being With*

Pada konteks ini perawat tidak hanya hadir secara menyeluruh namun juga saling berkomunikasi kepada klien dengan tujuan saling berbagi apa yang dirasakan klien dan memberikan dukungan dan kenyamanan baik secara fisik ataupun emosional. Subdimensi *Being With* adalah:

a) Tidak Membebankan (*Non Burdening*)

Dalam melakukan asuhan perawat harus menjunjung tinggi etik autonomy dimana tidak boleh memaksakan kehendak.

b) Menunjukkan Kesiediaan (*Convering Availability*)

Melakukan asuhan keperawatan dengan membantu klien sesuai kebutuhan dan mampu memberikan fasilitas untuk mencapai kesejahteraan.

c) Menunjukkan Kemampuan (*Enduring With*)

Menjalin komitmen antara perawat dan klien dalam upaya meningkatkan kesehatan klien.

d) Berbagi Perasaan (*Sharing Feelings*)

Saling berbagi pengalaman hidup yang dapat meningkatkan kesehatan klien.

4) *Doing For*

Melakukan asuhan keperawatan dengan memberikan kenyamanan, selalu menjaga privasi dan memenuhi kebutuhan klien sesuai yang diperlukan. Subdimensi *Doing For* yaitu :

a) Memberikan Kenyamanan (*Comforting*)

Selalu memberikan kenyamanan baik lingkungan maupun fisik dalam menjalankan asuhan keperawatan kepada klien.

b) Menunjukkan Keterampilan (*Performing Competently*)

Dalam melakukan asuhan perawat harus mampu menunjukkan skill atau keterampilan yang dimiliki agar klien percaya kepada kompetensi yang kita miliki.

c) Menjaga Martabat Klien (*Preseving Dignity*)

Menjaga martabat dan privasi klien dengan tidak menyebarkan masalah klien kepada orang lain.

d) Mengantisipasi (*Anticipating*)

Meminta persetujuan terlebih dahulu setiap ingin melakukan tindakan keperawatan.

e) Melindungi (*Protecting*)

Memberikan perlindungan hak-hak pasien selama melakukan asuhan keperawatan.

5) *Enabling*

Memberikan kemudahan kepada klien untuk melewati masa transisi dengan memfasilitasi segala apa yang dibutuhkan oleh klien dengan memberikan berbagai informasi, memberikan dukungan terhadap yang sedang dihadapi, dan meningkatkan proses penyembuhan klien agar klien mampu melakukan tindakan secara mandiri. Subdimensi dari *Enabling* adalah :

a) Memvalidasi (*Validating*)

Memvalidasi semua tindakan yang dilakukan kepada klien.

b) Memberikan Informasi (*Informing*)

Memberikan informasi terkait peningkatan kesehatan klien.

c) Memberikan Dukungan (*Supporting*)

Memberikan dukungan kepada klien agar mencapai kesejahteraan.

d) Memberikan Umpan Balik (*Feedback*)

Memberikan reward kepada klien setiap kali dirinya mampu melewati satu masalah kesehatan dengan baik.

e) Membantu Pasien Untuk Fokus dan Membuat Alternatif (*Helping Patient to Focus Generate Alternative*)

Menolong pasien untuk selalu fokus dalam menjalankan terapinya.

c. Perilaku *Caring*

Perilaku caring dirumuskan oleh Watson (2015) dalam (Bella, 2020) ke dalam sepuluh faktor karatif yang disampaikan kembali menjadi *clinical caritas proceese* yang memberikan arahan bagi perawat dalam menerapkan perilaku *caring*. Perilaku *caring* perawat yang tercantum dalam sepuluh faktor karatif Watson yaitu :

1) Membuat sisten nilai *humanistic* dan *altrunistic*

Perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya menanamkan nilai-nilai *humanistic* dan *altruistic*. Perilaku ini tercantum dari sikap perawat dalam menghormati dan menghargai pasien dengan menerapkan nilai kebaikan, empati, cinta terhadap diri dan orang lain yang merupakan nilai-nilai yang mendasari perilaku *caring*. Perawat menerapkan nilai-nilai cinta dan kebaikan serta ketenangan hari sesuai dengan harapan *caring*. Menurut (Alligod, 2016 dalam Bella, 2020) menyebutkan bahwa seorang perawat berusaha untuk mengenal siapa kliennya, memberikan perhatian terhadap pasien, dan bagaimana seorang perawat berperilaku sesuai dengan keadaannya.

Bentuk nyata perilaku perawat dalam membentuk sistem nilai *humanistic* dan *altruistic* adalah (1) mengenal nama pasien, (2) mengenali kelebihan dan karakteristik pasien, (3) memanggil pasien dengan panggilan yang disenangi oleh pasien, (4) selalu mendahulukan kepentingan pasien dari pada kepentingan pribadi, (5) menyediakan waktu bagi pasien walau sedang sibuk, (6) mendengarkan apapun yang menjadi keluhan dan kebutuhan pasien, (7) menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan pasien terkait dengan perawatannya, dan (8) memberikan dukungan sosial untuk memenuhi kebutuhan serta meningkatkan status kesehatan pasien (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

2) Menanamkan kepercayaan dan harapan (*Instiling faith and hope*)

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus mampu membangkitkan kepercayaan serta optimisme pada klien sehingga mampu menyesuaikan diri dan optimis dengan keadaannya. Kepercayaan dan harapan pasien dibutuhkan pasien untuk terjadinya perubahan perilaku kearah peningkatan kesehatan pasien. Kehadiran perawat yang memungkinkan dan

mendukung sistem kepercayaan, kesadaran diri dan harapan seorang pasien (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat dalam menanamkan kepercayaan dan harapan yaitu (1) selalu memberi harapan yang realistis terhadap kondisi kesehatan pasien, (2) memotivasi pasien untuk menghadapi penyakitnya walaupun penyakit terminal, (3) mendorong pasien untuk menerima tindakan pengobatan dan perawatan yang akan dilakukan kepada pasien, (4) memotivasi dan mendorong pasien dalam mencari alternatif terapi pasien, dan (6) memberikan keyakinan bahwa kehidupan dan kematian sudah ditentukan takdir (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

3) Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain (*Cultivating sensitivity to one's self*)

Perawat harus mampu merasakan dan memahami segala perubahan yang terjadi pada dirinya dan orang lain. Perawat yang terbiasa peka terhadap perasaan dan kebutuhan diri sendiri akan lebih mudah merasakan kebutuhan dan perasaan orang lain. Menumbuhkan praktik spiritual, hubungan transpersonal, bekerja di luar ego, dan menjadi sensitif terhadap diri sendiri.

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat dalam menumbuhkan kepekaan diri sendiri dan orang lain diantaranya, (1) perawat bersikap empati dan mampu menempatkan diri dan mampu menempatkan diri pada posisi pasien, (2) ikut merasakan prihatin atas ungkapan penderitaan yang diungkapkan oleh pasien serta bersikap untuk membantunya setiap saat, (3) dapat mengendalikan perasaan ketika pasien bersikap kasar terhadap perawat, dan (4) mampu memenuhi keinginan pasien terhadap sesuatu yang logis (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

4) Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu (*Developing helping and trust relation*)

Membina hubungan saling percaya, jujur dan empati dalam menjalin hubungan interpersonal yang terapeutik dengan tujuan untuk menolong orang lain merupakan perilaku yang harus diterapkan seorang perawat. Hubungan interpersonal antara pasien dan perawat merupakan aktualisasi dari hubungan manusia dalam proses *caring* (Watson, 2015 dalam Bella, 2020). Hubungan interpersonal tersebut diperlihatkan melalui hubungan saling percaya dan membantu. Hubungan ini diawali dengan adanya hubungan yang baik antar perawat dan pasien. Penggunaan komunikasi yang efektif, keterbukaan, jujur, tidak menghakimi dan empati merupakan salah satu cara yang dapat digunakan dalam membangun sebuah hubungan saling percaya dan saling membantu (Suryani, 2014 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata dari perilaku *caring* perawat dalam membina hubungan saling percaya yaitu, (1) memperkenalkan diri kepada pasien saat awal pertemuan, (2) membuat kontrak dengan pasien saat akan berkomunikasi, (3) meyakinkan pasien bahwa perawat akan hadir untuk menolong dan memberikan bantuan saat pasien membutuhkan, (4) berusaha mengenali keluarga pasien dan hal-hal yang disukai oleh pasien, (5) bersikap hangat, bersahabat, (6) menyediakan waktu bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan dan pengalaman melalui komunikasi yang efektif, dan (7) selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

5) Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaannya.

Perawat dapat membantu pasien untuk bersikap realistis terhadap pikiran dan perasaan sesuai dengan kondisi dialaminya (Carson, 2016 dalam Bella, 2020). Seseorang perawat mampu mengekspresikan perasaannya dan merasakan perasaan orang lain

serta mendorong orang lain untuk mengekspresikan perasaan positif dan negatif.

Perilaku *caring* perawat yang dapat diperlihatkan diantaranya, (1) perawat mampu menjadi pendengar yang aktif dengan cara mendengar keluhan pasien dengan sabar, (2) mendengarkan ekspresi perasaan pasien tentang keinginan untuk sembuh dan upaya yang akan dilakukan jika sembuh, (3) memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya baik positif maupun negative serta menerima aspek positif dan negatif sebagai kekuatan pasien (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

- 6) Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis (*Using creative problem-solving caring process*).

Perawat harus mampu mengambil keputusan secara kreatif dengan menggunakan metode pemecahan masalah yang ilmiah dan sistematis dalam menyelesaikan masalah klien. Perawat mampu menggunakan diri dan pengetahuannya secara kreatif sebagai bagian dari proses *caring* dan penyembuhan pasien (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat dalam menggunakan metode pemecahan masalah yaitu perawat menggunakan proses asuhan keperawatan yang sistematis dan dalam mengatasi masalah pasien yang meliputi proses pengkajian, menegakkan diagnosis, perencanaan, implementasi dan proses evaluasi yang dilakukan secara sistematis (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020)

- 7) Meningkatkan proses pembelajaran (*Promoting interpersonal teaching-learning*).

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memberikan pengajaran dan pendidikan kesehatan kepada klien dalam upaya promosi kesehatan. Salah satu peran perawat adalah sebagai *educator* atau pendidik. Peran ini merupakan peran

perawat dalam meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga agar dapat meningkatkan kesehatannya (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat yang dapat dilihat dari perilaku seseorang perawat seperti, (1) menjelaskan setiap keluhan pasien secara rasional dan ilmiah, (2) selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan, (3) menunjukkan situasi yang bermanfaat bagi pasien dalam memahami proses penyakit, (4) mengajarkan cara memenuhi kebutuhan sesuai masalah yang dihadapi pasien, (5) menanyakan kepada pasien tentang kebutuhan pengetahuan yang ingin diketahui terkait dengan penyakitnya, (6) meyakinkan pasien bahwa perawat siap untuk menjelaskan yang ingin pasien ketahui tentang kondisinya (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

- 8) Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif (*Providing a supportive, protective, or corective mental-phisical sociocultural & spiritual environtment*).

Perawat menciptakan lingkungan yang dapat mendukung peningkatan kesehatan dan kesejahteraan klien. Hal ini merupakan salah satu langkah dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dan komprehensif. Lingkungan yang mendukung proses penyembuhan dapat mengakibatkan terciptanya kecantikan, kenyamanan, peningkatan martabat dan perdamaian. Perilaku yang dapat ditunjukkan oleh seorang perawat dengan memberikan privasi, keamanan, kebersihan dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Perilaku yang dapat diperlihatkan oleh seorang perawat adalah dengan mendukung aktivitas spiritual pasien, seperti menyetujui keinginan pasien untuk bertemu dengan pemuka

agama, memfasilitasi dan menyediakan keperluan pasien ketika pasien akan beribadah, bersedia menghubungi keluarga atau teman yang sangat diharapkan pasien untuk mengunjunginya (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

- 9) Membantu kebutuhan dasar manusia (*assisting with the gratification of human needs*).

Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia melalui berbagai bentuk intervensi yang dilakukan dengan penuh keikhlasan, belas kasih, dan kemurahan/kebaikan hati. Perawat membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehingga mampu meningkatkan kesejahteraan secara fisik dan psikologis, serta timbulnya semangat untuk sembuh (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat diantaranya adalah selalu bersedia memenuhi kebutuhan dasar pasien dengan ikhlas menyatakan bangga menjadi orang yang bermanfaat bagi pasien, mampu menunjukkan bahwa pasien adalah orang yang pantas dihormati dan dihargai (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

- 10) Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual (*allowing for existential-phenomenologic forces*).

Perawat meningkatkan dimensi spiritual pasien. Perawat memberi kesempatan dan mendorong klien untuk menunjukkan kemampuan, kekuatan yang dimiliki, membantu pasien dalam menentukan coping yang efektif dalam menghadapi masalahnya, serta menemukan makna dari kehidupannya (Watson, 2015 dalam Bella, 2020).

Bentuk nyata perilaku *caring* perawat adalah memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual demi proses penyembuhannya, memotivasi pasien dan keluarganya untuk selalu berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, dan mampu menyiapkan pasien dan keluarganya

ketika menghadapi fase berduka (Notoatmojo, 2015 dalam Bella, 2020).

d. Karakteristik *Caring*

Karakteristik *caring* menurut Leininger dalam (Kusnanto, 2019) terbagi menjadi 3(tiga) yaitu:

- 1) *Professional caring*, yaitu sebagai wujud dari kemampuan secara kognitif. Sebagai perawat professional dalam melakukan tindakan harus berdasarkan ilmu, sikap dan keterampilan professional agar dapat memberikan bantuan sesuai kebutuhan klien, dapat menyelesaikan masalah dan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama antara perawat dan klien.
- 2) *Scientific caring*, yaitu segala keputusan dan tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien berdasarkan pengetahuan yang dimiliki perawat
- 3) *Humanistic caring*, yaitu proses pemberian bantuan pada klien bersifat kreatif, intuitif atau kognitif dan didasarkan pada filosofi, fenomenologi, perasaan objektif maupun subyektif.

Marlaine Smith dengan *theory of unitary caring* dalam (Kusmiran, 2015) mengatakan *caring* sebagai kesatuan yang terdiri dari lima karakteristik yaitu :

- 1) *Manifesting intentions* (berniat mewujudkan). Perawat memberikan perilaku caring secara utuh terhadap kebutuhan dasar pasien.
- 2) *Appreciating pattern* (menghargai pola/kebiasaan). Perawat memahami masalah yang dihadapi pasien, menggali kebiasaan yang dilakukan pasien dalam mengatasi masalahnya.
- 3) *Attuning to dynamic flow* (memfasilitasi proses). Perawat menggali pernyataan klien mengenai permasalahannya. Perawat melakukan validasi terhadap pernyataan klien.

- 4) *Experincing the infinite* (memberikan waktu bagi klien untuk mengungkapkan masalahnya dengan tuntas).
- 5) *Inviniting creative emergence* (mendorong klien menyampaikan solusi terhadap permasalahannya).

e. Faktor yang Mempengaruhi Perikau *Caring* Perawat

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seorang perawat. Gibson, et.al (2006 dalam Kusnanto, 2019) mengemukakan 3 (tiga) faktor yang berpengaruh terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis dan organisasi.

1) Faktor Individu

Variabel individu dikelompokkan pada subvariabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Menurut Gibson, el.al (2006), variable kemampuan dan keterampilan adalah faktor penting yang bisa berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja individu. Kemampuan intelektual merupakan kapasitas individu mengerjakan berbagai tugas dalam suatu kegiatan mental. (Kusnanto, 2019)

2) Faktor psikologis

Variabel ini terdiri atas sub variable sikap, komitmen dan motivasi. Faktor ini banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman dan karakteristik demografis. Setiap orang cenderung mengembangkan pola motivasi tertentu. Motivasi adalah kekuatan yang dimiliki seseorang yang melahirkan intensitas dan ketekunan yang dilakukan secara sukarela. Variabel psikologis bersifat kompleks dan sulit diukur. (Kusnanto, 2019)

3) Faktor organisasi

Faktor organisasi yang bisa berpengaruh dalam perilaku *caring* adalah, sumber daya manusia, kepemimpinan, imbalan, struktur dan pekerjaan (Gibson, 2006). Kopelman (1986), variable imbalan akan mempengaruhi variable motivasi, yang pada akhirnya secara langsung mempengaruhi kinerja individu. (Kusnanto, 2019)

f. Cara Mengukur Perilaku *Caring*

1) *Caring Behavior Assesment Tool* (CBA)

Caring Behavior Assesment Tool (CBA) dikembangkan untuk mengukur perilaku *Caring* dengan menggunakan teori Watson dan 10 faktor karatif Watson. Alat ukur ini dikembangkan oleh Cronin dan Harison pada tahun 1988 untuk mengidentifikasi perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien. *Caring Behavior Assesment Tool* (CBA) terdiri atas 63 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 7 sub skala. Faktor 1, 2 dan 3 dari faktor karatif Watson dikelompokkan menjadi satu kelompok dan faktor ke 6 dianggap oleh Cronin dan Harrison melekat pada seluruh faktor karatif lainnya. Jawaban pertanyaan menggunakan 5 skala likert yang menggambarkan tingkatan masing-masing perawat dalam merefleksikan perilaku *caring*. (Pamungkas, 2016)

Validitas dan reliabilitas alat ukur ini telah diuji oleh empat ahli berdasarkan teori Watson. Cronin dan Harrison meneliti 22 pasien infark miokard, kemudian Huggisn et.al (Watson, 2015 dalam Bella, 2020) meneliti 288 pasien ruang emergensi. Mereka menggunakan Alpha Cronbach pada 7 subskala yang berkisar antara 0,66 sampai 0,90..

Gambaran perilaku *caring* perawat berdasarkan sumber dari Suryani (2010 dalam Bella, 2020) modifikasi dari *Caring Behavoiur Asessment Tools* Cronin & Harrison yang awalnya 63 item pernyataan kuesioner menjadi 45 item pernyataan kuesioner dengan menggunakan sumber penelitian terdahulu dari suryani berdasarkan subvariabel perilaku *caring* penilaian dari pasien menunjukkan sebagian besar 98,1% responden menilai perilaku *caring* perawat sudah baik. Dengan ini hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden menilai perilaku *caring* perawat dinilai tinggi oleh 98,1% responden. Sedangkan perilaku *caring* afektif dinilai tinggi oleh 99,1% responden.

Pada penelitian Suryani, instrumen ini telah melalui dua kali uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan terhadap 30 responden di dua rumah sakit yang berbeda di wilayah jakarta. Dengan hasil dari 63 item pernyataan tentang perilaku *caring* perawat, didapatkan 6 pernyataan tidak valid dengan kisaran nilai 0,213 – 0,971. Maka Suryani tidak memasukan pernyataan yang tidak valid tersebut kedalam kuesioner dan jumlah akhir kuesioner menjadi 45 item pernyataan tentang perilaku *caring* perawat. Sedangkan hasil uji reliabilitas terhadap pernyataan yang dinyatakan valid, mendapatkan hasil r alpha = 0,981, atau r alpha \geq 0,6 artinya variabel reliable. (Bella, 2020)

2) *Caring Behavior Inventory* (CBI)

Alat ukur ini dikembangkan dari konsep Watson Transpersonal *Caring* pada tahun 1985. CBI memiliki nilai *alpha cronbach* 0,81-0,92 serta memiliki nilai realibilitas 0,96. Wolf memodifikasi CBI menjadi 42 item dengan sklala 1 sampai 6 (Respati, 2012 dalam Kurniawati, 2021). Dalam perkembangannya kuesioner CBI dimodifikasi menjadi CBI-24 oleh Wu dkk. pada tahun 2006 untuk memperingkas CBI-42. Kuesioner CBI-24 digunakan untuk mengetahui perilaku *caring*

perawat di ruang keperawatan medikal bedah. Alat ukur ini dinamakan CBI-24 karena berisi 24 butir pernyataan tentang perilaku *caring* perawat. CBI-24 menggunakan skala likert yang terdiri dari 6 poin (Zulkarnaen, 2017 dalam Kurniawati, 2021). CBI-24 memiliki empat indikator yaitu *assurance* (jaminan), *knowledge and skill* (pengetahuan dan keterampilan), *respectful* (menghormati), dan *connectedness* (keterhubungan) (Sangkala dkk., 2018 dalam Kurniawati, 2021).

Tabel 2.1
Empat Indikator Kuesioner CBI-24 yang Berkaitan dengan
Faktor Karatif Watson

| Indicator CBI-24 | Faktor Karatif Watson |
|----------------------------|--|
| <i>Assurance</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk system nilai humanistic-altruistik 2. Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain 3. Menanamkan keyakinan dan harapan 4. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar |
| <i>Respectful</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya dan saling bantu 2. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif 3. Mengembangkan faktor kekuatan eksistensialfenomenologis dan spiritual |
| <i>Connectedness</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, dan memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual |
| <i>Knowledge and Skill</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan metode pemecahan masalah yang kreatif sistematis 2. Meningkatkan proses belajar-mengajar transpersonal |

Sumber : Pamungkas (2016) dalam Kurniawati (2021)

3) *Caring Efficacy Scale*

Caring Efficacy Scale (CES) dikembangkan oleh Dr. Carolie Coates tahun 1995 untuk mengkaji kepercayaan diri tentang kemampuan dan kompetensi perawat dalam menunjukkan pengenalan caring dengan pasien. Konsep dasar pengembangan alat ukur ini dengan teori *self efficacy* Bandura dan *transpersonal human caring* serta sepuluh faktor karatif milik Watson. CES pada mulanya terdiri dari 45 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert kemudian pengembangan CES dengan 30 item pertanyaan. CES digunakan pada 110 mahasiswa perawat, 119 lulusan, 117 lulusan yang telah bekerja dan 67 supervisi klinik. (Pamungkas, 2016)

4) *Care-Q (Caring Assesment Inventory)*

Larson (1984) menjelaskan care Q adalah instrumen dapat dipakai mempersepsikan perilaku *caring* perawat. Perawat mengidentifikasi perilaku yang penting adalah mendengarkan, sentuhan, kesempatan, mengekspresikan perasaan, komunikasi, dan melibatkan pasien dalam perencanaan keperawatannya. Perilaku *caring* yang ditampilkan pada alat ukur ini meliputi 50 dimensi *caring* yang dibagi dalam 6 variabel yaitu kesiapan dan kesediaan, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya serta bimbingan dan pengawasan. (Pamungkas, 2016)

5) *Caring assessment tools (CAT)*

Dikembangkan oleh Duffy (2008) berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada 500 pasien di rumah sakit. Terdapat 36 item yang dirancang untuk menilai persepsi pasien mengenai perilaku caring perawat. Kerangka konsep item kuesioner berdasarkan teori Watson mengenai *caring* yang terdiri dari 10 faktor carative. Validasi isi item telah direview dalam diskusi panel dari perawat senior. (Kusmiran, 2015)

B. Hasil Penelitian Yang Relevan

- 1) Mahardika et al., (2019) dengan judul “Hubungan Perilaku *Caring* Petugas Kesehatan Dengan Adaptasi Mobilisasi Dini Fase *Taking In* Pada Ibu *Post Sectio Caesarea* Di RSIA Srikandi IBI Jember”. Penelitian ini menggunakan metode *corellation research* dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah 91 ibu *post sectio caesarea*. Teknik pengambilan sampel *consecutive sampling* alat ukur yang digunakan yaitu lembar kuisisioner. Anlisis data menggunakan uji *Chi Square*. Didapatkan hasil *p value* $0,000 < (\alpha 0,05)$ yang berarti ada hubungan perilaku *caring* petugas kesehatan dengan adaptasi mobilisasi dini fase *taking in* pada ibu *post sectio caesarea* di RSIA Srikandi IBI Jember.
- 2) Dyah Lestari et al., (2021) dengan judul “Hubungan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Saat Pandemi *Covid-19* Di Ruang Perawatan Salah Satu Rumah Sakit Swasta Di Yogyakarta”. Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *Cross Sectional*. Menggunakan teknik *non probability sample, purposive sample*. sampel yang digunakan sejumlah 37 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan kuisisioner yang diberikan secara langsung pada responden pada bulan Januari 2021 sampai Februari 2021. Hasil uji spearman rho didapatkan *P value* 0,007, artinya ada hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* perawat dengan tingkat kepuasan pasien. Nilai *correlation coef icient* positif, menunjukkan terdapat hubungan yang kuat antara perilaku *caring* perawat dengan kepuasan pasien.
- 3) Sepriani, (2017) dengan judul “Hubungan Perilaku *Caring* Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien *Pre Operasi* Di Ruang Bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul”. Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 25 responden dengan teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan jenis *accidental*

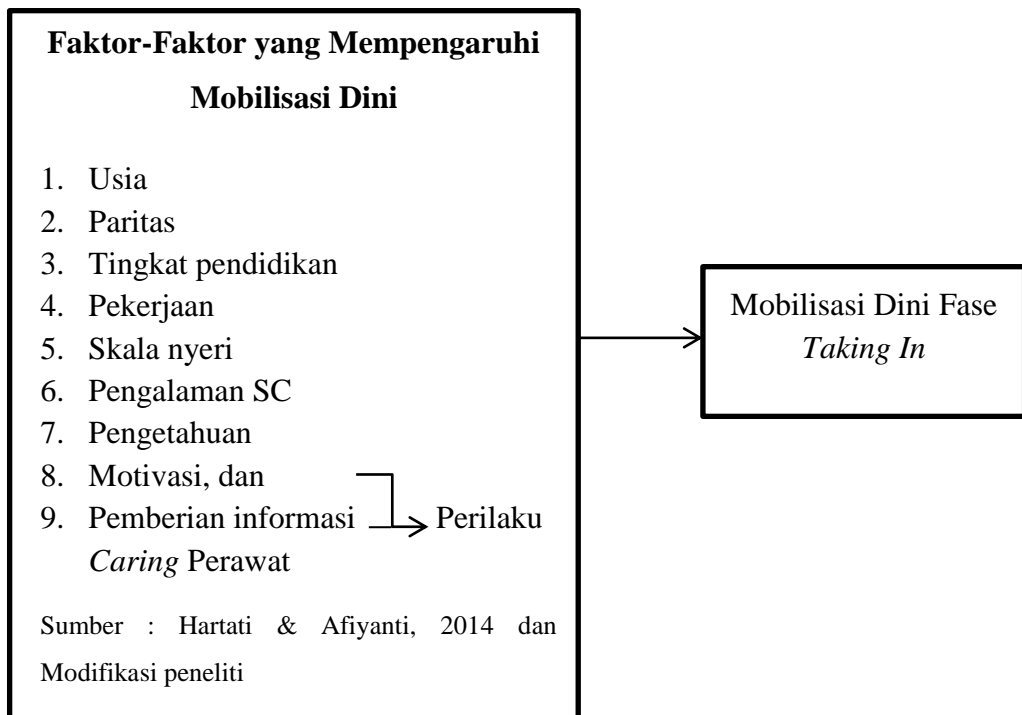
sampling. Analisis statistik menggunakan uji Somer's dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Hasil: Sebagian besar perawat memiliki perilaku *caring* yang cukup yaitu sebanyak 13 orang (52,0%) dan mayoritas pasien preoperasi mengalami cemas sedang sebanyak 12 orang (48,0%). Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara perilaku *caring* perawat dengan tingkat kecemasan pasien *pre* operasi di ruang bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan nilai $p=0,013$ ($p < 0,05$) dan $r=0,402$. Kesimpulan: Terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku *caring* perawat dengan tingkat kecemasan pasien *pre* operasi di ruang bedah RSUD Panembahan Senopati Bantul.

- 4) Sutrisno et al., (2021) dengan judul "Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Aktivitas Mobilisasi Dini Pada Pasien Paska Operasi Sesar". Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif diskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil pengamatan diuji dengan menggunakan uji statistik *Chi Square*, dengan jumlah sampel penelitian sebanyak 75 responden. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan *purposive sampling*. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai $pvalue=0.034$ dimana nilai p value lebih kecil dari 0,05 yang berarti bahwa ada hubungan pengetahuan dengan mobilisasi dini pada pasien paska operasi sesar.
- 5) Hartati & Afiyanti, (2014) dengan judul "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ibu Postpartum Pasca Seksio Sesarea Untuk Melakukan Mobilisasi Dini Di RSCM". Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif desain *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel berjumlah 96 responden dengan menggunakan *non probability sampling*. Instrumen yang digunakan dengan menggunakan kuesioner dan observasi yang disusun berdasarkan literature. Didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara faktor pengetahuan, motivasi, dan pemberian informasi oleh petugas kesehatan terhadap tindakan mobilisasi dini dengan p value ($p=0.005$; $\alpha=0.05$). Faktor yang paling berpengaruh terhadap tindakan

mobilisasi dini adalah faktor pemberian informasi oleh petugas kesehatan (Exp (B): 4,200).

C. Kerangka Teori

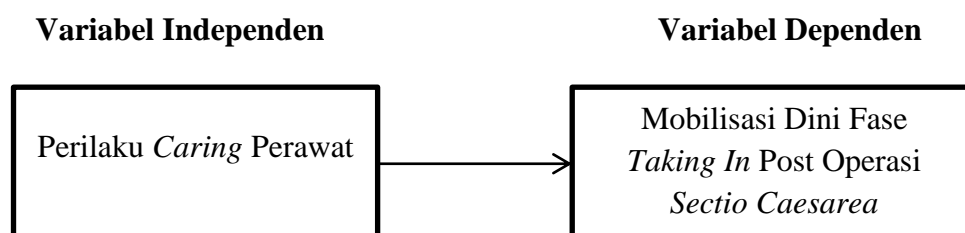
Kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan factor-faktor penting yang telah diketahui dalam suatu masalah tertentu. Kerangka yang disusun berdasarkan tinjauan pustaka. (Aprina & Anita, 2022)



Gambar 2.1
Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep yang dibangun berdasarkan hasil/hasil-hasil studi empiris terdahulu sebagai pedoman dalam melakukan penelitian. Dengan kata lain Kerangka Konsep diartikan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lain atau variable-variabel dari masalah yang ingin diteliti. (Aprina & Anita, 2022)



Gambar 2.2

Kerangka Konsep

Sumber : (Aprina & Anita, 2022)

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis atau hipotesa merupakan suatu pernyataan yang sifatnya sementara, atau kesimpulan sementara atau dugaan yang bersifat logis tentang suatu populasi. Dalam ilmu statistik, hipotesis merupakan pernyataan parameter populasi. Parameter populasi ini menggambarkan variabel yang ada dalam populasi, dihitung menggunakan statistik sampel. (Heryana, 2020)

Hipotesis penelitian ini adalah :

1. H_0 : tidak ada hubungan antara perilaku *caring* perawat dengan mobilisasi dini fase *taking in* pada pasien *post* operasi *sectio caesarea*
2. H_a : ada hubungan antara perilaku *caring* perawat dengan mobilisasi dini fase *taking in* pada pasien *post* operasi *sectio caesarea*.