

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu pra operatif, intra operatif, dan pasca operatif. Dalam setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner & Suddarth, 2010).

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013).

Keperawatan kamar bedah adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan perioperatif yang merupakan area praktek spesifik untuk menyediakan asuhan keperawatan pada klien yang akan dilakukan pembedahan atau perioperatif yang mencakup tiga fase yaitu, pre, intra dan post operasi. (Hipkabi, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *pre operativ phase* (fase pre operasi), *intra operativ phase* (fase intra operasi), *post operativ phase* (fase pasca operasi) (Majid dkk, 2011) dalam Utami (2019).

2 Fase Pelayanan Perioperatif

Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan professional dan keterampilan psikomotor yang kemudian di integrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya risiko atau aktual pada setiap fase perioperative akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin & Sari, 2009) dalam Yossrantika (2021).

a. Fase pre operasi

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan operasi. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat operasi. Persiapan operasi dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien) (Widiyawati, 2021).

1) Persiapan Psikologi

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

2) Persiapan Fisiologi

- a) Diet (puasa), pada operasi dengan anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringandiperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.
- b) Persiapan Perut, Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan Kulit, Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d) Hasil Pemeriksaan, hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan Operasi / Informed Consent dan Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia (Widiyawati, 2021).

b. Fase Intra operasi

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

Contoh: memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh. Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.
- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis). Prinsip-prinsip didalam pengaturan posisi pasien:

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

- 1) Anggota steril, terdiri dari : ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse / Perawat Instrumen
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari : ahli atau pelaksana anasthesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit) (Widiyawati, 2021).

c. Fase Post Operasi

Fase Post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Fase post operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anastesi (recovery room), Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan.

Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury.

Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

- 2) Perawatan post anastesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi, Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) atau unit perawatan pasca anastesi (PACU: post anesthesia care unit) . sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi.
- 3) Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :
 - a) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
 - b) Ahli anastesi dan ahli bedah
 - c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

3. Klasifikasi Perawat Perioperatif

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

- 1) Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa ditunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
- 2) Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- 3) Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid dan katarak.

- 4) Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- 5) Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik. (Yossrantika, 2021). Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi dibagi menjadi:
 - 1) Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh : insisi. Drainage kandung kemih, sirkumsisi.
 - 2) Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh : total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain- lain (Yossrantika, 2021).

4 Komplikasi Post Operatif dan Penatalaksanaannya

1) Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

2) Perdarahan

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

3) Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah thrombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pascaflebitis. (Yossrantika, 2021)

2. Teori Mastektomi Radikal Modifikasi (MRM)

a. Definisi Mastektomi Radikal Modifikasi(MRM)

Suatu tindakan pembedahan onkologis pada keganasan payudara yaitu dengan mengangkat seluruh jaringan payudara yang terdiri dari seluruh stroma dan parenkhim payudara, areola dan puting susu serta kulit di atas tumornya di sertai diseksi kelenjar getah bening aksila ipsilateral level I, II/III secara en bloc tanpa m.pektolaris mayor dan minor (Modul Onkologi, hal.4).

Mastektomi Radikal Modifikasi (MRM) adalah pengangkatan tumor payudara dan seluruh payudara termasuk kompleks autolog seperti *lattissimus dorsi* (LD) tiap atau *transverse rectus abdominis myocotaneus* (TRAM) FLAP atau dengan *prosthesis* seperti silikon (PPKP Kemenkes RI, 2010).

b. Klasifikasi

Tipe mastektomi menurut (PPKP Kemenkes RI, 2010) yaitu :

1. Mastektomi radikal modifikasi (MRM), adalah pengangkatan tumor payudara dan seluruh payudara termasuk kompleks autolog seperti *lattissimus dorsi* (LD) tiap atau *transverse rectus abdominis myocotaneus* (TRAM) FLAP atau dengan *prosthesis* seperti silikon.
2. Mastektomi simpel, adalah pengangkatan seluruh payudara beserta kompleks puting areolar tanpa diseksi kelenjar getah bening aksila.
3. Mastektomi subkutan (*Nipple skin sparing mastectomy*), adalah pengangkatan seluruh jaringan payudara dengan preservasi kulit

dan puting aerola atau tanpa diseksi kelenjar getah bening aksila.

4. Mastektomi radikal klasik, adalah tindakan pengangkatan payudara, kompleks puting aerola otot pektoralis mayor dan minor serta kelenjar getah bening aksilaris level I, II, III secara *en bloc*.

c. Indikasi Operasi Mastektomi

Menurut indikasi operasi mastektomi dilakukan pada kanker payudara stadium 0 (insitu), keganasan jaringan lunak pada payudara, dan tumor jinak payudara yang mengenai seluruh jaringan payudara (*misal: Phyllodestumor*) (Yossrantika, 2021).

d. Kontra Indikasi Operasi Mastektomi

Kontra indikasi operasi mastektomi adalah tumor melekat didinding dada, edema lengan, nodul satelit yang luas, dan mastitis inflamator (Engram, 2009) dalam Yossrantika (2021).

e. Komplikasi Operasi Mastektomi

Komplikasi pasca mastektomi pada pasien kanker payudara dapat berupa disabilitas jangka panjang seperti keterbatasan fungsi bahu yang baru muncul setelah beberapa bulan hingga tahun pasca operasi dan kemungkinan terus menetap selama sisa hidup pasien (Rachmawati, 2019).

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang sebelum dilakukan mastektomi meliputi, yaitu:

Mamografi payudara, USG payudara, MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), CT-SCAN, dan Pemeriksaan Laboratorium (Pemeriksaan Darah Rutin dan Pemeriksaan Kimia Darah sesuai dengan perkiraan metastasis).

g. Pre Operasi Mastektomi

Menurut Sjamsuhidajat (2010) dalam Yossrantika (2021) pasien pra mastektomi akan mengalami masalah psikologis, karena payudara merupakan alat vital seseorang ibu dan wanita, kelainan atau kehilangan akibat operasi payudara sangat terasa oleh pasien, haknya seperti dirampas sebagai wanita normal, ada rasa kehilangan tentang hubungannya dengan suami, dan hilangnya daya tarik serta pengaruh terhadap anak dari segi menyusui.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Pengkajian Pre Operatif

a. Pengkajian PreOperatif

Pengkajian pasien pada fase pre operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Muttaqin & Sari,2009) dalam Yossrantika (2021).

1) Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

- a) Identitas pasien : pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.
- b) Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan : diperlukan sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan
- c) Persiapan umum : persiapan informed consent dilakukan sebelum dilaksanakannya Tindakan

2) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

- a) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intra operatif.
- b) Kebiasaan merokok, alkohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru- paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis.
- c) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien. Pengkajian nyeri menggunakan NRS (*Numeric Rating Scale*).

3) Pengkajian Psiko sosiospiritual

- a) Kecemasan praoperatif : bagian terpenting dari pengkajian kecemasan perioperative adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan
- b) Perasaan : pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya, tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan, atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga.
- c) Konsep diri : pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat.
- d) Citra diri : perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap terjadi akibat operasi. Reaksi individu berbeda-beda bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya
- e) Sumber koping : perawat perioperative mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman pasien.

- f) Kepercayaan spiritual : kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas.
- g) Pengetahuan, persepsi, pemahaman : dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, pemahaman, pasien dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien.
- h) Inform consent : suatu izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela oleh pasien sebelum suatu pembedahan dilakukan.

4) Pemeriksaan Fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan head to toe hingga pendekatan per system. Perawat dapat menyesuaikan konsep pendekatan pemeriksaan fisik dengan kebijakan prosedur yang digunakan institusi tempat ia bekerja. Pada pelaksanaannya, pemeriksaan yang dilakukan bisa mencakup sebagian atau seluruh system, bergantung pada banyaknya waktu yang tersedia dan kondisi preopratif pasien.

Fokus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan klarifikasi dari hasil temuan saat melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan system tubuh yang akan dipengaruhi atau memengaruhi respon pembedahan.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostik guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostik dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. Perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

- b. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI):

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Ansietas (D.0080)	
Definisi Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	
Penyebab 1) Krisis situasional. 2) Kebutuhan tidak terpenuhi. 3) Krisis maturasional. 4) Ancaman terhadap konsep diri. 5) Ancaman terhadap kematian. 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan 7) Disfungsi sistem keluarga. 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 9) Faktor keturunan (tempramen mudak teragitasi sejak lahir) 10) Penyalahgunaan zat. 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain). 12) Kurang terpapar informasi	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu

Tabel 2.2 Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun(5)
- b) Perilaku tegang dan gelisah menurun(5)
- c) Frekuensi pernapasan, nadi dan tekanan darah menurun (5)
- d) Pucat dan tremor menurun(5)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi Utama
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduksi ansietas 2. Terapi relaksasi
Intervensi Pendukung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan kontrol marah 2. Biblioterapi 3. Dukungan emosi 4. Dukungan hipnosis diri 5. Dukungan kelompok 6. Dukungan keyakinan 7. Dukungan memaafkan 8. Dukungan pelaksanaan ibadah 9. Dukungan pengungkapan kebutuhan 10. Dukungan proses berduka 11. Intervensi krisis 12. Konseling 13. Manajemen demensia 14. Persiapan pembedahan 15. Teknik distraksi 16. Terapi hipnosis 17. Teknik imajinasi terbimbing 18. Teknik menenangkan 19. Terapi biofeedback 20. Terapi diverensial 21. Terapi musik 22. Terapi penyalahgunaan zat 23. Terapi relaksasi otot progresif 24. Terapi reminisens 25. Terapi seni 26. Terapi validasi

2. Pengkajian Intra Operatif

a. Pengkajian Intra Operatif

Pengkajian intraoperatif secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data dan penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin & Sari,2009) dalam Yossrantika (2021).

b. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018):

Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan

Resiko Perdarahan (D.0012)
Definisi Berisiko mengalami kehilangan darah internal (dari dalam tubuh) atau eksternal (dari luar tubuh).
Tanda & Gejala Tindakan Pembedahan Adanya tanda-tanda perdarahan Suhu tubuh rendah
Faktor Risiko <ul style="list-style-type: none">- Mengeluh nyeri- Aneurisma- Gangguan gastrointestinal- Gangguan fungsi hati- Komplikasi kehamilan- Komplikasi pasca partum- Gangguan koagulasi- Efek agen farmakologis- Trauma- Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan- Proses keganasan- Tindakan pembedahan

Tabel 2.5 Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- a) Kelembapan membran mukosa meningkat(5)
- b) Kelembapan kulit meningkat(5)
- c) Hemoglobin membaik(5)
- d) Hematokrit membaik(5)

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan

IntervensiUtama
1. Pencegahanperdarahan
IntervensiPendukung
1. Baluttekan
2. Edukasi keamanan anak
3. Edukasi keamanan bayi
4. Edukasi kemoterapi
5. Edukasi proses penyakit
6. Identifikasi risiko
7. Manajemen kemoterapi
8. Manajemen medikasi
9. Manajemen trombolitik
10. Pemantauan cairan
11. Pemantauan tanda vital
12. Pemberian obat
13. Pencegahan cedera
14. Pencegahan jatuh
15. Pencegahan syok
16. Perawatan area insisi

3. Pengkajian Post Operatif

a. Pengkajian perioperatif

Pengkajian pasca anestesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien (Muttaqin & Sari,2009) dalam Yossrantika (2021).

- 1) Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan system drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 6) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 8) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat/memperingan.

- b) Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan Rencana Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018):

Tabel 2.7 Diagnosa Keperawatan

Hipotermia (D.0131)	
Definisi : Suhu tubuh berada di rentang normal tubuh	
Penyebab : a) Kerusakan hipotalamus b) Konsumsi alkohol c) Berat badan ekstrem d) Kekurangan lemak subkutan e) Terpapar suhu lingkungan rendah f) Malnutrisi g) Pemakaian pakaian tipis h) Penurunan laju metabolisme i) Tidak beraktivitas j) Transfer panas (mis. konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi) k) Trauma l) Proses penuaan m) Efek agen farmakologis n) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia	
Gejala dan Tanda Mayor	Obyektif : a) Kulit teraba dingin b) Menggigil c) Suhu tubuh dibawah nilai normal
Subyektif : -	

Gejala dan Tanda Minor	
Subyektif : -	Obyektif : <ol style="list-style-type: none"> 1. Akrosianosis 2. Bradikardi 3. Dasar kuku siatonik 4. Hipoglikemia 5. Hipoksia 6. Pengisian kapiler > 3 detik 7. Konsumsi oksigen meningkat 8. Ventilasi menurun 9. Piloereksi 10. Takikardia 11. Voskonstriksi perifer 12. kulit memurata (pada neonatus)

Kondisi klinis terkait :

- a) Hipotiroidisme
- b) Anoreksia nefrosa
- c) Cedera batang otak
- d) Prematuritas
- e) Berat badan lahir rendah (bblr)
- f) Tenggelam

Tabel 2.8 Tujuan Keperawatan

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Menggigil menurun(1) b) Pucat menurun(1) c) Suhu tubuh membaik(5) d) Pengisian kapiler membaik(5) e) Tekanan darah dan ventilasi membaik(5)

Intervensi Utama
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen hipotermia 2. Pemantauan hemodinamik invasif
Intervensi Pendukung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi efek samping obat 2. Edukasi kemoterapi 3. Edukasi pengukuran suhu tubuh 4. Edukasi pengurangan risiko 5. Edukasi preoperatif 6. Edukasi prosedur tindakan 7. Edukasi reaksi alergi 8. Kompres panas 9. Induksi hipotermia 10. Koordinasi pra operasi 11. Manajemen cairan 12. Manajemen kemoterapi 13. Manajemen syok 14. Pemantauan tanda vital 15. Pemberian anastesi 16. Pemantauan cairan 17. Pendampingan pembedahan 18. Perawatan pasca anastesi 19. Regulasi temperatur 20. Terapi paparan panas

Tabel 2.9 Diagnosa Keperawatan

Nyeri Akut (D.0077)	
Definisi Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan	
Penyebab 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh nyeri	- Tampak meringis - Bersikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya	- Frekuensi napas meningkat - Tekanan darah meningkat - Pola napas berubah - Nafsu makan berubah - Proses pikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis

Tabel 2.10 Tujuan Keperawatan

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun(5) Meringis menurun (5) Sikap protektif menurun (5) Gelisah menurun (5) Kesulitan tidur menurun (5) Frekuensi nadi membaik (5)

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan

Intervensi Utama
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen nyeri 2. Pemberian analgesic
Intervensi Pendukung
<ol style="list-style-type: none"> (1) Aromaterapi (2) Dukungan hipnosis diri (3) Edukasi efek samping obat (4) Edukasi manajemen nyeri (5) Edukasi proses penyakit (6) Edukasi teknik napas (7) Kompres dingin (8) Kompres panas (9) Konsultasi (10) Latihan pernapasan (11) Manajemen efek samping obat (12) Manajemen kenyamanan lingkungan (13) Manajemen medikasi (14) Manajemen sedasi (15) Manajemen terapi radiasi (16) Pemantauan nyeri (17) Pemberian obat (18) Pemberian obat intravena (19) Pemberian obat oral (20) Pemberian obat topikal (21) Pengaturan posisi (22) Perawatan amputasi (23) Perawatan kenyamanan (24) Teknik distraksi (25) Teknik imajinasi terbimbing (26) Terapi akupresur

Tabel 2.11 Diagnosa Keperawatan

Gangguan citra tubuh (D.0083)	
Definisi Perubahan persepsi tentang penampilan struktur dan fungsi fisik individu	
Penyebab 1) Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat) 2) Perubahan fungsi tubuh (mis.proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan) 3) Perubahan fungsi kognitif 4) Ketidaksiesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai 5) Transisi perkembangan 6) Gangguan psikososial 7) Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh	- Kehilangan bagian tubuh - Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh - Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh - Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain - Mengungkapkan perubahan gaya hidup	- Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan - Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh - Fokus berlebihan perubahan tubuh - Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh - Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu - Hubungan sosial berubah

Tabel 2.12 Tujuan Keperawatan

<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan citra tubuh meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melihat bagian tubuh membaik(5) Menyentuh bagian tubuh membaik(5) Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik (5) Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh(5) Verbalisasi kekhawatiran tentang penolakan/reaksi orang lain menurun (5) Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan menurun (5) Menunjukkan bagian tubuh berlebihan menurun (5) Fokus pada bagian tubuh menurun (5) Fokus pada penampilan masa lalu menurun (5)
--

Intervensi Utama
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promosi Citra Tubuh 2. Promosi Koping
Intervensi Pendukung
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Penampilan peran 2. Dukungan pengambilan keputusan 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan pengungkapan perasaan 5. Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri Edukasi perawatan diri 6. Edukasi teknik adaptasi 7. Kontrak perilaku positif 8. Manajemen gangguan makan 9. Manajemen stress 10. Modifikasi perilaku keterampilan sosial 11. Promosi harapan 12. Promosi kepercayaan diri 13. Restrukturasi kognitif 14. Teknik distraksi 15. Teknik Imajinasi terbimbing 16. Terapi diversional 17. Terapi kognitif perilaku

C. Tinjauan Konsep Penyakit

a. Anatomi dan Fisiologi Payudara

Payudara adalah jaringan peka hormon, berespon terhadap perubahan siklus bulanan dan penuaan. Payudara wanita terletak di dinding toraks anterior, terbentang dari klavikula dan iga ke-2 hingga iga ke-6 dan dari sternum ke garis midaksila. Luas permukaannya umumnya lebih persegi daripada bundar. Payudara terletak di atas otot pektoralis dan di tepi inferiornya, seratus anterior. Jaringan kelenjar yang dinamakan kelenjar dan duktus tubualveolus sekretorik,

membentuk 15 sampai 20 lobus bersekat yang menyebar mengelilingi puting payudara. Di dalam masing-masing lobus terdapat banyak lobulus yang lebih kecil. Lobulus-lobulus ini mengalirkan sekresinya ke dalam duktus dan sinus yang membuka ke permukaan aerola atau puting susu. Jaringan ikat fibrosa membentuk struktur penunjang dalam bentuk pita-pita fibrosa atau ligamentum suspensorium yang terhubung ke kulit dan fascia di bawahnya. Jaringan adiposa, atau lemak mengelilingi payudara, terutama di daerah superfisial dan perifer.

Permukaan aerola memiliki tonjolan-tonjolan bulat kecil yang dibentuk oleh kelenjar sebacea, kelenjar keringat, dan kelenjar aerolar aksesorius. Sering terlihat beberapa helai rambut di aerola. Baik puting susu maupun aerola mengandung otot polos yang berkontraksi untuk memeras susu sistem duktus selama menyusui.

b. Definisi Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan jenis kanker yang menyerang organ payudara, di mana sel dalam payudara, dimana sel dalam payudara membelah dan tumbuh di luar kendali. Kanker ini merupakan salah satu jenis kanker yang paling banyak di derita oleh masyarakat, khususnya wanita (Dinas Kesehatan Yogyakarta, 2016).

Kanker payudara merupakan keganasan yang di jumpai pada payudara. Sebagian besar kanker payudara di jumpai pada duktus atau lobulus. Kanker payudara dapat menyebar ke organ tubuh lain melalui pembuluh darah dan getah bening, keadaan ini di kenal dengan istilah metastasis. (Kemenkes RI, 2015).

Kanker payudara (*Carcinoma Mammarum*) atau dalam bahasa Inggris di sebut *breast cancer* merupakan kanker pada jaringan payudara. Kanker ini paling umum menyerang wanita, walaupun laki-laki juga berpotensi terkena penyakit ini, akan tetapi kemungkinannya sangat kecil dengan perbandingan 1:1000 (Hantoko, 2020).

c. Etiologi

Kanker payudara sering kali sulit terdeteksi di tahap awal karena

ukurannya yang kecil. Benjolan baru dapat teraba jika ukurannya cukup besar. Meski, demikian, tidak semua benjolan di payudara berarti kanker. Oleh karena itu, pemeriksaan penting di lakukan guna memastikan apakah benjolan tersebut kanker atau bukan. Belum di ketahui apa yang menyebabkan sel kanker tumbuh di payudara. Tetapi, ada sejumlah faktor yang bisa membuat seseorang beresiko terkena penyakit ini, di antaranya memiliki berat badan berlebih, menstruasi terlalu muda, dan memiliki kebiasaan merokok (Dinkes Provinsi DKI Jakarta, 2022).

Faktor resiko terjadinya kanker payudara :

1. Merokok dan terpapar asap rokok (perokok pasif)
2. Pola makan yang buruk (tinggi lemak dan rendah serat, mengandung zat pengawet atau pewarna)
3. Haid pertama umur kurang dari 12 tahun
4. Menopause (berhenti haid) setelah umur 50 tahun
5. Melahirkan anak pertama setelah umur 35 tahun
6. Tidak pernah menyusui anak
7. Pernah mengalami operasi pada payudara yang di sebabkan oleh kelainan tumor jinak atau tumor ganas
8. Di antara anggota keluarga ada yang menderita kanker payudara

(P2PTM Kemenkes RI, 2020)

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kanker payudara yang sering di jumpai adalah adanya massa atau benjolan yang tidak terasa nyeri. Terkadang kanker payudara dapat menyebar ke kelenjar getah bening yang ada di ketiak sehingga menyebabkan adanya benjolan walaupun benjolan di payudara belum teraba.

Adapun tanda dan gejala lain yang dapat di jumpai adalah :

1. pembengkakan pada semua atau sebagian payudara
2. kulit payudara berkerut seperti kulit jeruk
3. puting payudara tertarik ke dalam
4. puting atau kulit payudara berwarna merah, kering mengelupas, atau menebal, keluar cairan (Kemenkes RI, 2015).

e. Faktor Resiko

1. Kanker payudara yang terdahulu terjadi malignitas sinkron dipayudara lain karena mammae adalah organ berpasangan.
2. Keluarga, diperkirakan 5% semua kanker adalah predisposisi keturunan ini, dikuatkan bila 3 anggota keluarga terkena carcinoma mammae.
3. Kelainan payudara (benigna) kelainan fibrokistik (benigna) terutama pada periode fertil, telah ditunjukkan bahwa wanita yang menderita / pernah menderita yang proliferasi sedikit meningkat.
4. Makanan, berat badan dan faktor resiko lain. Status sosial yang tinggi menunjukkan resiko yang meningkat, sedangkan berat badan yang berlebihan ada hubungan dengan kenaikan tumor yang berhubungan dengan estrogen pada wanita post menopause.
5. Faktor endokrin dan reproduksi graviditas matur kurang dari 20 tahun dan graviditas lebih dari 30 tahun, menarche kurang dari 12 tahun.
6. Obat anti konseptiva oral, penggunaan pil anti konsepsi jangka panjang lebih dari 12 tahun (NANDA NIC-NOC,2015) dalam Yossrantika (2021).

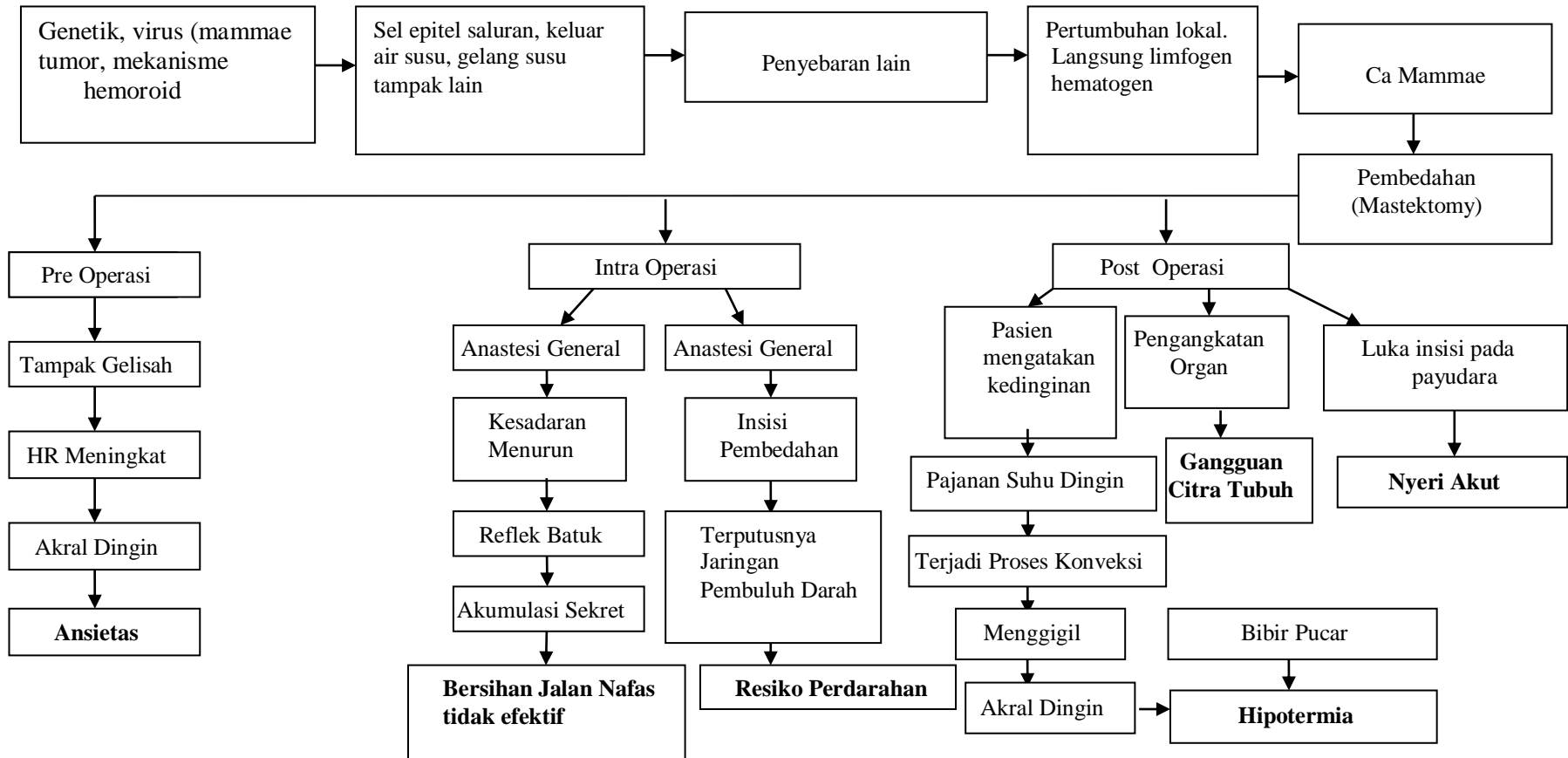
f. Patofisiologis

Proses terjadinya kanker payudara dan masing-masing etiologi antara lain obesitas, radiasi, hiperplasia, optik, riwayat keluarga dengan mengkonsumsi zat-zat karsinogen. Sehingga merangsang pertumbuhan epitel payudara dan dapat menyebabkan kanker payudara. Karsinoma mammae berasal dari jaringan epitel dan paling sering terjadi di sistem duktal, mula-mula terjadi hiperplasia sel-sel dengan perkembangan sel-

sel atipik. Sel-sel ini akan berlanjut menjadi carcinoma insitu dan menginvasi stroma. Carcinoma membutuhkan waktu tujuh tahun untuk bertumbuh dari sel tunggal sampai menjadi menjadi massa yang cukup besar untuk dapat diraba (kira-kira berdiameter 1 centimeter). Pada ukuran itu kira-kira seperempat dari carcinoma mammae telah bermetasis. Carcinoma mammae bermetasis dengan penyebaran langsung ke jaringan sekitarnya dan juga melalui saluran limfe dan aliran darah (Indonesian Cancer Foundation, 2012).

Gambar 2.1 Pathway Kanker Payudara

Sumber : Sudah dimodifikasi dari Wardana (2015)



g. Pemeriksaan Penunjang

1. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

MRI sangat baik untuk deteksi local recurrence pasca BCT atau augmentasi payudara dengan implant, deteksi multifocal cancer dan sebagai tambahan terhadap mamografi pada kasus tertentu.

MRI sangat berguna dalam skrining pasien usia muda dengan densitas payudara yang padat yang memiliki resiko kanker payudara yang tinggi. Sensitivitas MRI mencapai 98%.

2. Ultrasonografi

Biasanya digunakan untuk mendeteksi luka-luka pada daerah padat pada mammae ultrasonography berguna untuk membedakan tumor sulit dengan kista. kadang-kadang tampak kista sebesar sampai 2 cm.

3. Biopsi

Untuk menentukan secara meyakinkan apakah tumor jinak atau ganas, dengan cara pengambilan massa. Memberikan diagnosa definitif terhadap massa dan berguna klasifikasi histogi, pentahapan dan seleksi terapi.

4. Mammografi

Pengujian mammae dengan menggunakan sinar untuk mendeteksi secara dini. Memerlihatkan struktur internal mammae untuk mendeteksi kanker yang tidak teraba atau tumor yang terjadi pada tahap awal. Mammografi pada masa menopause kurang bermanfaat karena gambaran kanker diantara jaringan kelenjar kurang tampak.

5. CT-Scan

Dipergunakan untuk diagnosis metastasis carcinoma payudara pada organ lain.

6. Pemeriksaan laboratorium dan marker

Pemeriksaan laboratorium darah yang dianjurkan adalah darah rutin, alkaline phosphatase, SGOT, SGPT dan tumor marker.

h. Penatalaksanaan

Menurut NANDA *NIC-NOC* (2015) dalam Yosrrantika (2021) Ada beberapa penanganan kanker payudara yang tergantung pada stadium klinik penyakitnya, yaitu:

1. Mastektomi

Mastektomi adalah operasi pengangkatan seluruh payudara. Ada 3 jenis mastektomi, yaitu :

- 1) *Modificatiom radical mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan seluruh payudara, jaringan payudara di tulang dada, tulang selangka dan tulang iga, serta benjolan di sekitar ketiak.
- 2) Total (*simple*) *mastectomy*, yaitu pengangkatan di seluruh payudara saja, tetapi bukan kelenjar ketiak.
- 3) *Radical mastectomy*, yaitu operasi pengangkatan sebagian payudara. Biasanya disebut lumpectomy, yaitu pengangkatan hanya pada bagian yang mengandung sel kanker, bukan seluruh payudara

2. Kemotrapi

Kemoterapi adalah penggunaan obat anti kanker (sitotastika) untuk menghancurkan sel kanker.obat ini umumnya bekerja dengan menghambat atau mengganggu sintesa DNA dalam siklus sel. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik, berbeda dengan pembedahan atau radiasi yang lebih bersifat lokal/ setempat. Obat sitostatikadibawa melalui aliran darah atau diberikan langsung ke dalam tumor , jarang menembus blood-brain barrier sulit mencapai system syaraf pusat.Ada 3 jenis setting kemoterapi yakni adjuvant, neoadjuvant dan primer (paliatif).

3. Radioterapi

Radioterapi (RT) merupakan modalitas terapi yang cukup pentingpada kanker payudara. Mekanisme utama kematian sel karena radiasiadalah kerusakan DNA dengan gangguan proses replikasi. RT menurunkan jangan panjang penderita kanker

payudara. Walaupun beberapa studi memperlihatkan bahwa RT setelah kemoterapi menghasilkan *longterm survival* yang lebih baik di banding sebaliknya, namun studi terbaru oleh Bellon et al dan Joint Center randomized trial memperlihatkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara kemoterapi pertama dan RT pertama.

D. Penelitian Terkait

- a. Menurut penelitian Desvianti (2019) yang berjudul Pengaruh Psikoedukasi terhadap Kecemasan Ibu Pre Operasi Kanker Payudara didapatkan hasil penelitian data distribusi rata rata kecemasan sebelum dilakukan terapi psikoedukasi dengan hasil 47,93, standar deviasi 83,29, nilai minimum 30, dan skor maksimum 61. Dimana 47,93 masuk dalam kategori kecemasan sedang (45-59). Setelah dilakukan terapi psikoedukasi tampak adanya penurunan distribusi rata- rata, hasil penelitian ini diperoleh data distribusi rata-rata kecemasan responden setelah dilakukan terapi psikoedukasi dengan hasil 40,53, standar deviasi 6,334, nilai minimum 27, dan nilai maksimum 49. Secara kuantitatif penelitian ini bermakna karena menunjukkan adanya perbedaan skor kecemasan sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi. Rata rata kecemasan berkurang menjadi 40,53 termasuk kecemasan ringan. Hasil analisis bivariat penelitian yang telah dilakukan dengan menggunakan uji Wilcoxon Signed Ranks Test diperoleh hasil $(0,000) < \alpha (0,05)$ yang berarti H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa melakukan psikoedukasi berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi kanker payudara di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2018.

- b. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Pardede dkk, 2018) yang berjudul Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dengan Terapi Hipnotis Lima Jari Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operatif didapatkan hasil penelitian tingkat kecemasan responden sebelum di lakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan terapi hipnotis lima jari, cemas ringan (16,1%) cemas sedang (61,3%), dan cemas berat

(22,6%). Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan terapi hipnotis lima jari, cemas ringan (83,9%), dan cemas sedang (16,1%). Hasil uji *wilcoxon* dengan nilai $z = -4.107$ ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dengan terapi hipnotis terhadap kecemasan pasien pre operatif di RSUD Dr. H Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi dengan nilai p value = 0,000 ($p < 0,1$).

- c. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Verdiansyah (2018) dalam Yossrantika (2021) yang berjudul Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Sebelum Dilakukan Anestesi Regional menyatakan bahwa banyak hal atau faktor yang bisa mengatasi kecemasan pada pasien sebelum dilakukan anestesi salah satunya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Komunikasi perawat yang diarahkan pada pencapaian tujuan untuk penyembuhan pasien merupakan salah satu karakteristik komunikasi terapeutik. Kecemasan dapat dikurangi dengan tindakan keperawatan fokus pada komunikasi terapeutik bagi pasien dan keluarganya. Hal tersebut didapatkan hasil rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional sebelum dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 23,17 dengan standar deviasi 3,141, sedangkan rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,140. terlihat nilai Mean mengalami penurunan setelah dilakukan tindakan komunikasi terapeutik adalah 5,57 dengan standar deviasi 1,040. hasil Uji Statistik menunjukkan bahwa nilai $P=0,000 < 10\%$, Artinya ada penurunan rata-rata kecemasan pasien sebelum dilakukan anestesi regional setelah dibandingkan dengan sebelum dilakukan tindakan komunikasi terapeutik.

