

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Ansietas

1. Pengertian ansietas

Ansietas atau kecemasan merupakan perasaan tidak tenang yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Stuart (2023) menyatakan bahwa ansietas adalah perasaan tidak tenang yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan. Perasaan takut dan tidak menentu dapat mendatangkan sinyal peringatan tentang bahaya yang akan datang dan membuat individu untuk siap mengambil tindakan menghadapi ancaman (Sutejo, 2017).

Ansietas atau kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena adanya ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons. Sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu. Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadinya sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya dan merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman. Adanya tuntutan, persaingan, serta bencana yang terjadi dalam kehidupan dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologi. Salah satu dampak psikologis yaitu ansietas atau kecemasan (Sutejo, 2017).

2. Tingkat kecemasan

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Sutejo, 2017).

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang dapat membuat seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah kreativitas (Sutejo, 2017).

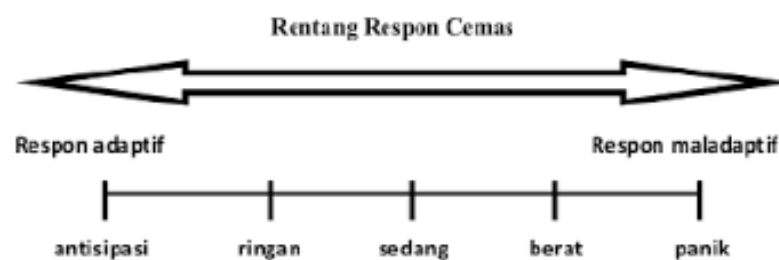
c. Kecemasan berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu hal lain (Sutejo, 2017).

d. Tingkat panik

Kecemasan berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, serta kehilangan pemikiran rasional (Sutejo, 2017).

3. Respon tingkat kecemasan



(Sumber: Stuart, 2023)

Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

a. Respon adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah, dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya

digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

b. Respon maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang. Pasien yang sangat cemas (maladaptif) sehingga tidak bisa berbicara dan mencoba menyesuaikan diri dengan kecemasannya sebelum pembedahan seringkali menderita banyak kesukaran pada pasca pembedahan. Mereka cenderung banyak marah, kesal, bingung atau depresi. Mereka lebih mudah tersinggung akibat reaksi psikis dibandingkan dengan orang yang cemasnya sedikit (Bolla IN, 2008).

4. Faktor Predisposisi

Stuart dan Laraia (2005) dalam Sutejo, (2017) menyatakan faktor penyebab terjadinya ansietas atau kecemasan. Adapun teori yang dapat menjelaskan kecemasan, antara lain:

a. Faktor biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan *neuroregulator inhibisi* (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan ansietas (Stuart, 2013). Reseptor benzodiazepine yang terdapat di otak, dapat membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan penting dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan sebagaimana halnya dengan endorfin. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

b. Faktor psikologis

Faktor psikologis dapat dilihat dari pandangan psikonaltik, pandangan interpersonal, dan pandangan perilaku.

1) Pandangan psikoanalitik

Ansietas adalah konflik emosioanal yang terjadi antara dua elemen kepribadian (id seseorang dan superego). Id mewakili dorongan insting dan implus primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari due elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Pandangan interpersonal

Ansietas timbul akibat perasaan takut tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

3) Pandangan perilaku

Ansietas menjadi produk frustasi, yaitu segala yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan, sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

c. Sosial budaya

Ansietas dapat ditemukan dengan mudah dalam keluarga. Ada ketumpang tindihan antara gangguan ansietas dan gangguan ansietas dengan depresi. Faktor ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya ansietas.

5. Faktor presipitasi

Sutejo (2017) menyatakan faktor presipitasi dibedakan menjadi berikut:

- a. Ancaman integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- b. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegritas seseorang.

6. Tanda dan gejala

Sutejo (2017) menyatakan tanda dan gejala pasien dengan kecemasan adalah:

- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung
- b. Pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut
- c. Pasien mengatakan takut bila sendiri, atau pada keramaian dan banyak orang
- d. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- f. Adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan berkemih atau sakit kepala.

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pre *sectio caesarea*

Faktor kecemasan anak antara lain (Saputro, H., & Fazrin, 2017) :

a. Usia

Umur <20 tahun organ reproduksi wanita belum lengkap dan perkembangan psikologis belum sempurna sehingga ketidaksiapan untuk mengalami kehamilan, menghadapi proses persalinan dan menjadi seorang ibu sehingga selama usia ini ibu lebih mungkin mengalami persalinan *sectio caesarea*, meski tidak diindikasikan dengan penurunan kekhawatiran keselamatan janin pada kandungannya (Herwandi et al., 2023).

Penelitian yang dilakukan (Sari et al., 2020) bahwa emosi pada usia muda masih agak sulit untuk dikendalikan, yang mengakibatkan penerimaan rumah sakit dan penyakit yang lebih rendah, terutama saat

menjalani operasi, yang menyebabkan kecemasan dan emosi yang tinggi. Akibatnya, seseorang dianggap lebih tidak siap untuk operasi pada usia muda. Kecemasan lebih umum di kalangan remaja dibandingkan dengan orang dewasa (Nasir, 2020).

b. Pendidikan

Menurut Castiglioni & Schmiedeberg (2018) sebanyak 1020 kelahiran di Jerman menunjukkan hubungan antara pendidikan formal ibu dan persalinan *sectio caesarea*. Ibu-ibu dengan pendidikan rendah cenderung memilih *sectio caesarea* sebagai metode persalinan, sementara ibu-ibu dengan pendidikan tinggi juga dapat memilih *sectio caesarea* saat ini karena mereka memiliki lebih banyak pilihan untuk melakukannya (Suciawati et al., 2022). Studi menunjukkan bahwa memberikan pendidikan yang lebih baik membantu orang memahami dan memahami risiko yang akan dihadapi saat membuat keputusan untuk melakukan persalinan operatif (Ruchmayanti et al., 2017).

c. Dukungan keluarga

Menurut Agustina (2018) Sangat penting bagi ibu untuk mendapatkan dukungan dari keluarga mereka sebelum menjalani *sectio caesarea*. Mereka merasa diperdulikan, nyaman, yakin, dan dicintai oleh keluarga mereka karena ini, yang membantu mereka menangani tantangan dengan baik. Keluarga bertanggung jawab untuk kesehatan setiap anggota keluarga selain mencapai tingkat kesehatan yang diinginkan seseorang (Rangkuti et al., 2021). Ada perbedaan antara faktor internal dan eksternal yang dapat memengaruhi dukungan keluarga. Tingkat perkembangan, pendidikan atau pengetahuan, emosi, dan iman adalah faktor internal, sedangkan praktik keluarga, keadaan sosial ekonomi, dan budaya adalah faktor eksternal (Rangkuti et al., 2021).

d. Pengalaman melahirkan

Fajrini (2016) Pengalaman melahirkan sebelumnya dapat memengaruhi pilihan ibu tentang metode persalinan yang mereka inginkan. Seorang ibu yang mengalami trauma karena melahirkan normal

mungkin memilih *sectio caesarea* untuk persalinan berikutnya, begitu pula sebaliknya. Menurut (Irawati et al., 2019) keputusan untuk melakukan *sectio caesaria* pada ibu diambil secara tiba-tiba karena kondisi darurat.

8. Respon terhadap kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kondisi tubuh seseorang, respon kecemasan antara lain (Saputro, H., & Fazrin, 2017):

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (*simpatis* maupun *parasimpatis*). Serabut saraf *simpatis* mengaktifkan tanda-tanda vital pada setiap tanda bahaya untuk mempersiapkan pertahanan tubuh. Anak yang mengalami gangguan kecemasan akibat perpisahan akan menunjukkan sakit perut, sakit kepala, mual, muntah, demam ringan, gelisah, kelelahan, sulit berkonsentrasi, dan mudah marah.

b. Respon Psikologis terhadap kecemasan

Respon perilaku akibat kecemasan adalah tampak gelisah, terdapat ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, melarikan diri dari masalah, menghindari, dan sangat waspada.

c. Respon Kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berpikir baik proses pikir maupun isi pikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi, bingung, sangat waspada, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut pada cedera atau kematian dan mimpi buruk.

d. Respon Afektif

Secara afektif klien akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, khawatir, mati rasa, rasa bersalah atau malu, dan curiga berlebihan sebagai reaksi emosi terhadap kecemasan.

9. Penatalaksanaan Kecemasan

Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa pre operatif karena stres emosional ditambah dengan stres fisik meningkatkan risiko pembedahan (HIPKABI, 2014).

Penatalaksanaan untuk mengurangi intensitas kecemasan juga dapat dilakukan secara farmakologis atau menggunakan obat-obatan dan dapat pula dengan terapi non farmakologis atau tanpa menggunakan obat-obatan dengan menggunakan teknik tertentu yang kemudian akan mengurangi intensitas kecemasan itu sendiri. Terapi non farmakologis yang sudah sering digunakan dalam penanganan kecemasan adalah terapi relaksasi yang memberikan efek relaks dan tenang pada penderita kecemasan sehingga intensitas kecemasannya berkurang. Penatalaksanaan kecemasan menurut (Stuart, 2023) meliputi :

a. Penatalaksanaan farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek dan tidak dianjurkan jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti kecemasan non benzodiazepine, seperti buspiron dan berbagai antidepresan juga dapat digunakan.

b. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Relaksasi

Relaksasi adalah salah satu teknik dalam terapi perlakuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan. Relaksasi merupakan suatu terapi agar individu menjadi lebih rileks dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian relaksasi (Potter&Perry, 2010). Teknik ini juga dapat dilakukan oleh pasien tanpa bantuan terapis dan dapat digunakan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan yang dialami sehari-hari dirumah. Relaksasi akan meningkatkan sekresi hormon endorfin dari dalam tubuh sehingga individu menjadi nyaman dan tidak akan berfokus pada kecemasan yang dialami. Terapi musik

klasik termasuk salah satu contoh musik yang memiliki fungsi untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan (relaksasi).

2) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga individu akan lupa terhadap kecemasannya bahkan dapat meningkatkan toleransinya terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensoris yang menyenangkan menyebabkan pelepasan hormon endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak (Potter&Perry, 2010). Kegiatan yang dapat dilakukan misalnya, membaca buku, menonton televisi, bermain, membaca cerita, dan lain-lain (PPNI, 2018).

3) Pengendalian Pernafasan

Pengendalian pernafasan merupakan suatu teknik untuk mengendalikan nafas yang sifatnya cepat dan memfokuskan diri pada pernafasan. Orang yang sedang mengalami kecemasan cenderung bernafas dengan cepat dan dangkal karena adanya perasaan panik dan khawatir, padahal hal ini dapat meningkatkan rasa cemas. Pernafasan yang lebih lambat dan dalam selalu memiliki efek menenangkan, hal ini merupakan salah satu cara yang paling cepat untuk menghentikan serangan panik.

4) *Cognitif Behavior Therapy*

Cognitif behavior therapy merupakan suatu pendekatan belajar terhadap terapi yang menggabungkan teknik kognitif dan behavioral. Terapi ini berupaya untuk mengintegrasikan teknik-teknik terapeutik yang berfokus untuk membantu individu melakukan perubahan, tidak hanya pada perilaku yang nyata, tetapi juga dalam pemikiran, keyakinan, dan sikap yang mendasarinya.

10. Alat Ukur Kecemasan

Hamilton Anxiety Scale (HAS) disebut juga dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada

tahun 1956, untuk mengukur semua tanda kecemasan baik kecemasan psikis maupun somatik. *Hamilton Anxiety Rating Scale* terdiri dari 14 item pertanyaan untuk mengukur tanda adanya kecemasan pada anak dan orang dewasa. *Hamilton Anxiety Rating Scale* telah distandarkan untuk mengevaluasi tanda kecemasan pada individu yang sudah menjalani pengobatan terapi, setelah mendapatkan obat antidepresan dan setelah mendapatkan obat psikotropika (Fahmi, 2007).

Skala HARS penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan Cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut.
- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, susah berkonsentrasi.
- f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik: tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.

- k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar.
- l. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenorrhoe, menorrhagia, frigid, ejakulasi praecoeks, ereksi lemah, dan impotensi.
- m. Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu roma berdiri.
- n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah
- o. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, kembung, mual, muntah, buang air besar lembek, berat badan turun, susah buang air besar.
- p. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan air seni, amenorrhoe, menorrhagia, frigid, ejakulasi praecoeks, ereksi lemah, dan impotensi.
- q. Gejala otonom: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, dan bulu roma berdiri.
- r. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek cepat, dan muka merah

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori: 0= tidak ada gejala sama sekali 1= satu gejala yang ada 2= sedang/separuh gejala yang ada 3= berat/ lebih dari separuh gejala yang ada 4= sangat berat semua gejala ada. Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlahkan skor 1-14 dengan hasil: Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan Skor 14-20 = kecemasan ringan Skor 21-27 = kecemasan sedang Skor 28-41 = kecemasan berat Skor 42-52 = kecemasan berat sekali.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2015 telah merekomendasikan kepada para klinisi untuk melakukan skrining tentang kecemasan dan depresi pada ibu hamil minimal sekali dalam masa kehamilannya dengan menggunakan alat ukur yang sudah terstandarisasi dan tervalidasi. HARS, dikembangkan oleh peneliti di Australia barat. HARS secara khusus menyaring berbagai gejala kecemasan selama kehamilan dan periode pasca persalinan.

B. Konsep Dasar *Sectio Caesarea*

1. Definisi *sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah proses persalinan yang dimana mengeluarkan bayi dari perut seorang ibu dengan cara menginsisi bagian perut (laparotomi) dan dinding uterus (histerotomi). Seiring perkembangan jaman, *sectio caesarea* ini dapat dilakukan dibagian perut bawah. *Sectio caesarea* ini bisa dilakukan secara elektif apabila ada indikasi bayi tidak bisa dilahirkan secara normal ataupun bisa dilakukan secara mendadak (*emergency*) kondisi dimana bayi harus dilahirkan segera (Ni dkk., 2018).

2. Jenis *sectio caesarea*

Sectio caesarea dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

a. *Sectio caesarea transperitonealis profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang

tidak besar, jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna (Prawirohardjo, 2017).

b. *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporalis*

Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *sectio caesarea transperitonealis profunda*. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan ruptur uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada (Prawirohardjo, 2017).

c. *Sectio caesarea ekstraperitoneal*

Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan *sectio caesarea* ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan (Prawirohardjo, 2017).

3. Indikasi *sectio caesarea*

Tindakan *sectio caesarea* ini dilakukan untuk mengeluarkan bayi dari tubuh sang ibu. Biasanya tindakan ini dilakukan apabila ditemukan komplikasi pada sang bayi atau ibu jika tetap dilakukan persalinan

melalui pervaginam. Ada beberapa indikasi yang mengharuskan dilakukannya *sectio caesarea* yaitu indikasi absolut dan indikasi relative.

Untuk indikasi absolut yaitu:

a. Absolut *disproportion*

Ukuran panggul ibu yang terlalu kecil dapat menjadi faktor penyulit untuk dilakukannya persalinan pervaginam sehingga *Sectio Caesarea* perlu dilakukan untuk mengeluarkan bayi.

b. Chorioamnionitis

Air ketuban yang terkena infeksi nantinya bisa menularkan infeksi pada bayi dalam rahim sehingga perlu dilakukan tindakan secepatnya untuk mengeluarkan bayi agar tidak terkena infeksi.

c. Deformitas panggul ibu

Malformitas panggul ibu juga termasuk penyulit dalam persalinan pervaginam.

d. Eklamsia

Eklamsia ini merupakan kondisi ibu hamil dengan hipertensi yang dimana eklamsia termasuk ibu hamil dengan risiko tinggi sehingga *sectio caesarea* perlu dilakukan.

e. Fetal asidosis dan fetal asfiksia

Asidosis dan asfiksia yang dialami oleh bayi merupakan indikasi absolut untuk dilakukan *sectio caesarea* agar tidak terjadi kematian dalam kehamilan.

f. Plasenta previa

Plasenta yang menempel menutupi jalan lahir juga merupakan indikasi dilakukannya *sectio caesarea*.

g. Proplaps tali pusat

Prolapse tali pusat ini berisiko terkena bayi sampai bayi tercekik hingga dapat meningkatkan risiko bayi asfiksia apabila dipaksa dilahirkan pervaginam.

h. Presentasi yang abnormal

Posisi bayi yang tidak seharusnya saat cukup bulan menjadikannya sebagai indikasi *sectio caesarea*.

i. Ruptur uteri

Merupakan salah satu gawat darurat obstetrik sehingga perlu dilakukan tindakan *sectio caesarea* untuk menyelamatkan sang bayi dan ibu (Mylonas dan Friese, 2015).

Sedangkan untuk indikasi relatif yaitu :

a. CTG yang abnormal

Gambaran CTG abnormal dapat diinterpretasikan adanya asfiksia ataupun asidosis pada bayi.

b. Kegagalan dalam persalinan pervaginam

Pembukaan yang lama saat persalinan ini juga merupakan salah satu tanda kegagalan dalam persalinan pervaginam. Hal ini bisa dijadikan indikasi untuk tindakan *sectio caesarea*.

c. Riwayat *sectio caesarea* sebelumnya

Adanya riwayat *sectio caesarea* tidak menutup kemungkinan persalinan selanjutnya perlu dilakukan *sectio caesarea* (Mylonas dan Friese, 2015).

4. Kontraindikasi *sectio caesarea*

Ada beberapa kondisi dimana *sectio caesarea* tidak boleh dilakukan, contohnya:

a. IUFD, kondisi dimana sang bayi meninggal didalam kandungan.

b. Anemia berat, pada saat sang ibu mengalami anemia berat, otomatis kadar hemoglobin juga menurun sehingga meningkatkan risiko perdarahan.

c. Kelainan kongenital berat, bayi yang diketahui memiliki abnormalitas kelainan kongenital berat dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir seperti anencephaly

d. Infeksi piogenik pada dinding abdomen, merupakan infeksi peradangan lokal pada perut

- e. Fasilitas yang minim untuk melakukan tindakan *sectio caesarea*, apabila fasilitas tidak memungkinkan untuk dilakukan *sectio caesarea*, pasien bisa dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas cukup untuk tindakan SC (Prawirohardjo, 2017).

5. Faktor risiko *sectio caesarea*

Faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pada operasi bedah sesar adalah sebagai berikut :

- a. Waktu pemberian antibiotik profilaksis

Waktu pemberian antibiotik profilaksis yang efektif adalah 30–60 menit sebelum tindakan *sectio caesarea* dilakukan. Hal ini dilakukan untuk untuk menghindari penekanan flora normal pada janin dan diharapkan ketika pembedahan kadar antibiotik telah mencapai kadar maksimal sehingga mampu memberikan efek terapi yang baik (Fanani Zaenal dkk., 2022).

- b. Tipe insisi

Tipe insisi vertical pada bagian *line alba* akan menyebabkan nekrosis pada saat penyembuhan karena jaringan pembuluh darahnya yang sedikit.

- c. Hemoglobin prabedah

Rendahnya hemoglobin sebelum prosedur *sectio caesarea* dapat meningkatkan risiko infeksi.

- d. Jenis anestesi

Anestesi umum lebih berisiko daripada anestesi spinal karena anestesi umum lebih berisiko menyebabkan organ damage dimana nantinya dapat meningkatkan infeksi luka operasi.

- e. Lama pembedahan

Normalnya, kurang lebih 30 menit adalah waktu yang ideal dalam melakukan prosedur *sectio caesarea*. Apabila lebih dari 30 menit, dapat menyebabkan risiko terjadinya infeksi luka operasi (Adane dkk., 2019).

6. Komplikasi *sectio caesarea*

Banyak komplikasi yang dapat terjadi jika dilakukan tindakan *sectio caesarea*. Ada komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Komplikasi jangka pendek ini terjadi sesaat setelah dilakukannya tindakan, seperti:

a. Kematian ibu

Tindakan *sectio caesarea* dapat menyebabkan kematian sang ibu yang biasanya disebabkan sepsis. Kematian ibu juga dapat terjadi akibat dari komplikasi anestesi. Dibandingkan dengan kelahiran pervaginam, kematian ibu setelah operasi caesar adalah tiga kali lebih tinggi (Cintika, 2020).

b. Thromboembolism

Kejadian thromboembolis dapat terjadi akibat ada indikasi dari *sectio caesarea* itu sendiri yaitu obesitas maternal yang menyebabkan thrombo embolism (Kawaguchi dkk., 2017).

c. Perdarahan

Perdarahan rentan terjadi saat tindakan *sectio caesarea* dibanding persalinan pervaginam. Biasanya terjadi akibat adanya laserasi pada pembuluh darah uterus yang disebabkan insisi yang kurang tepat pada uterus (Butwick dkk., 2017).

d. Infeksi

Infeksi ini merupakan salah satu komplikasi tersering pada saat tindakan *sectio caesarea*. Penggunaan antibiotik profilaksis yang kurang tepat merupakan faktor pemicunya (Kawakita dan Landy, 2017).

e. Cedera bedah insidental

Trauma pada kantong kemih sering terjadi setelah tindakan *sectio caesarea* dikarenakan posisinya terletak dekat dengan uterus (Bodean dkk., 2018).

f. Masa rawat inap lebih lama

Wanita yang melakukan persalinan dengan *sectio caesarea* akan lebih lama dirawat dibanding dengan wanita yang melakukan persalinan pervaginam karena ada hal-hal yang perlu dievaluasi pasca *sectio caesarea* (Pereira dkk., 2019).

g. Histerektomi

Tindakan ini biasanya dilakukan apabila terjadi perdarahan uterus terus menerus yang tidak dapat ditangani meskipun sudah diberi oksitosin. Agar mengurangi risiko perdarahan yang lebih jauh, histerektomi perlu dilakukan agar tidak terjadi syok pada sang ibu (Huque dkk., 2018).

h. Nyeri akut

Setelah efek anestesi habis, wanita biasanya merasakan nyeri yang luar biasa pasca tindakan *sectio caesarea*. Biasanya ditangani dengan anti nyeri golongan narkotik tetapi perlu 12 diperhatikan disini untuk pemberian narkotik dapat berefek pada psikologi sang ibu (Borges dkk., 2017)

g. Konsep kecemasan pre *sectio caesarea*

Tindakan pre-operasi merupakan suatu stresor bagi pasien yang dapat membangkitkan reaksi stres baik fisiologis maupun psikologis. Respon psikologis bisa merupakan kecemasan (Priscilla, Burke & Bauldoff, 2017). Persiapan sebelum operasi meliputi persiapan fisik, persiapan mental atau psikis, informed consent, dan pemberian obat premedikasi. Persiapan fisik dan mental harus dilakukan pada pasien yang akan menjalani operasi (Kurniawan, Kurnia, & Triyogo, 2018). Persiapan fisik dan mental sangat penting dilakukan untuk mencegah terjadinya penyulit pasca bedah dan komplikasi pasca bedah serta mempersiapkan mental pasien dalam menghadapi operasi, menurunkan ketakutan dan kecemasan serta memperbaiki coping individu menghadapi operasi (Gitsang dan Hasrul, 2015).

Pada umumnya kecemasan pasien preoperasi dimulai ketika dokter menyatakan operasi dengan puncak mendekati waktu operasi dengan tanda-tanda pasien gelisah, nadi cepat, tensi meningkat, sering bertanya-tanya mengulang perkataan dan bahkan sampai menangis (Maryunani, 2015). Pada pasien yang akan dilakukan prosedur pembedahan seperti *sectio caesarea* akan menimbulkan suatu reaksi emosional, seperti kecemasan preoperasi. SC merupakan salah satu bentuk intervensi medis terencana yang bisa berlangsung lama dan memerlukan pengendalian pernafasan, sehingga sangat beresiko terhadap keselamatan jiwa seseorang dan dapat menyebabkan pasien mengalami kecemasan.

Berdasarkan penelitian Wahyudi (2017) yang berjudul perbedaan kecemasan ibu sebelum dan sesudah pembedahan pada pasien SC di RSUD Penambunan Senopati Bantul Yogyakarta didapatkan hasil bahwa ada perbedaan kecemasan pada pasien pre-post SC sebesar (30%) dari jumlah responden, dan kecemasan berat pada pasien post SC sebagian besar responden (66,7) tidak mengalami kecemasan. Penelitian Apriansyah et al (2014) tentang hubungan antara tingkat kecemasan pre-operasi dengan derajat nyeri pada pasien post SC di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang tahun 2014 didapatkan hasil tingkat kecemasan pada setiap pasien dapat mempengaruhi nyeri, hubungan nyeri dan kecemasan sangat erat hubungannya. Kecemasan sering kali meningkatkan persepsi nyeri dan dapat menimbulkan perasaan cemas.

Kecemasan akan mengakibatkan perubahan fisik dan psikologis sehingga dapat mengaktifkan syaraf otonom simpatis yang mengakibatkan meningkatnya denyut jantung, Tensi darah dan pernafasan yang secara umum akan mengurangi tingkat energi pada pasien yang akan berdampak pada pelaksanaan operasi dan proses penyembuhan pada post operasi (Parman, 2019).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania & Syafahrahman, 2022).

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Budiono, 2016). Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik, peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (PPNI, 2016).

a. Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi : nama, umur, alamat, nomor rekam medis, agama, pekerjaan, suku/bangas, status pernikahan, pendidikan. Identitas penanggung jawab : nama, umur, alamat, pekerjaan, hubungan dengan ibu, suku/bangsa.

Hubungan usia dengan ibu hamil terhadap kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarea* bahwa semakin dewasa seseorang makan akan semakin baik pula seorang itu mengetahui bagaimana cara mengontrol kecemasan ataupun mengendalikan emosi serta perasaanya (Nisa Alyananda, Ritonga, Rozalina, 2018).

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Karakteristik nyeri dikaji dengan menggunakan P, Q, R, S, T dengan menggunakan skala 0-10. 0 : nyeri tidak di rasakan, 1-3 : nyeri ringan, 4-5 nyeri sedang, 6-8, nyeri berat, 9-10 nyeri tak tertahankan.

- a) P (*Paliatif*) : Penyebab nyeri
- b) Q (*Quality*) : Nyeri seperti di tusuk, di potong
- c) R (*Regional*) : Dimana rasa nyeri di rasakan
- d) S (*Severty*) : Skala nyeri
- e) T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung

Pada pasien pre operasi *sectio caesarea* keluhan utama klien adalah kecemasan yang muncul menjelang operasi.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pada pasien pre operasi *sectio caesarea* keluhan utama klien adalah kecemasan yang muncul menjelang operasi.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui tentang pengalaman perawatan kesehatan pasien mencakup riwayat penyakit yang pernah dialami pasien, riwayat rawat inap, rawat jalan, kebiasaan dan gaya hidup.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis, seperti : penyakit jantung, DM, hipertensi dan asma yang dapat mempengaruhi.

3) Riwayat obstretrik

- a) Riwayat menstruasi: umur menarche, siklus menstruasi, lamanya, banyak ataupun karakteristik darah yang keluar, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, dan mengetahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).
- b) Riwayat pernikahan : jumlah pernikahan dan lamanya pernikahan.
- c) Riwayat kelahiran, persalinan dan nifas yang lalu : riwayat kehamilan sebelumnya (umur kehamilan dan faktor penyulit),

riwayat persalinan sebelumnya (jenis, penolong, dan penyulit), komplikasi post partum (laserasi, infeksi dan perdarahan), jumlah anak yang dimiliki.

d) Riwayat Keluarga Berencana (KB) : jenis aseptor KB dan lamanya menggunakan KB.

c. Pola kebutuhan dasar (Bio-Psiko-Sosial-Kultural-Spiritual)

- 1) Pola manajemen kesehatan dan persepsi : persepsi sehat dan sakit bagi pasien, pengetahuan status kesehatan pasien saat ini, perlindungan terhadap kesehatan (kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan, manajemen stres), pemeriksaan diri sendiri (riwayat medis keluarga, pengobatan yang sudah dilakukan), perilaku untuk mengatasi masalah kesehatan.
- 2) Pola nutrisi-metabolik : mengalami anoreksia yaitu gangguan makan yang ditandai dengan berat badan yang sangat rendah.
- 3) Pola eliminasi : mengalami peningkatan intensitas untuk berkemih.
- 4) Pola aktivitas-latihan : menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini yang perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Apakah ibu melakukan ambulasi misalnya, seberapa sering, apakah ada kesulitan, dengan bantuan atau sendiri.
- 5) Pola istirahat-tidur : mengalami sulit tidur atau gangguan tidur, jam tidur pasien berkurang, dan kebiasaan tidur siang pasien terganggu.
- 6) Pola persepsi-kognitif : menggambarkan tentang penginderaan (pengelihatian, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba)
- 7) Pola konsep diri-persepsi diri : merasa bingung, khawatir dengan akibat dari kondisi yang akan dihadapi (proses persalinan), dan sulit berkonsentrasi.
- 8) Pola hubungan-peran : menggambarkan peran pasien terhadap keluarga, kepuasan atau ketidakpuasan menjalankan peran, struktur dan dukungan keluarga, proses pengambilan keputusan, hubungan dengan orang lain.

- 9) Pola seksual-reproduksi : masalah pada seksual-reproduksi, menstruasi, jumlah anak, pengetahuan yang berhubungan dengan kebersihan reproduksi.
- 10) Pola toleransi stress-koping : menggambarkan tentang penyebab, tingkat, respon stress, strategi koping yang biasa dilakukan untuk mengatasi stress.
- 11) Pola keyakinan-nilai : menggambarkan tentang latar belakang budaya, tujuan hidup pasien, keyakinan yang dianut, serta adat dan budaya yang berkaitan dengan budaya kesehatan.

d. Pemeriksaan fisik kasus pre operasi *sectio caesarea*

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post *sectio caesarea*, antara lain, sebagai berikut.

1) Kondisi umum

Keadaan umum : tingkat kesadaran *compos mentis*, jumlah GCS (14-15), tanda-tanda vital (tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, frekuensi pernafasan meningkat, diaforesis), serta berat badan, tinggi badan, dan lingkar lengan atas (LILA) dalam batas normal 23,5 cm, kurang dari 23,5 maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK).

2) Pemeriksaan *head to toe*

- a) Kepala : pasien merasa pusing dan sulit berkonsentrasi, wajah pasien tampak pucat, tampak tegang, dan gelisah.
- b) Mata : kontak mata pasien tampak buruk.
- c) Mulut : tampak suara pasien bergetar ketika berbicara.
- d) Jantung dan paru : tampak mengalami palpitasi (jantung berdegup dengan kencang).
- e) Abdomen

(1) Menentukan tinggi fundus

Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi menggunakan pita pengukur. Ibu dengan posisi setengah duduk dan tempelkan ujung pita (posisi

melebar) mulai dari tepi atas simfisis pubis, kemudian rentangkan pita mengikuti aksis/linea mediana dinding depan abdomen hingga ke puncak fundus antara tepi atas simfisis pubis dan puncak fundus uteri adalah tinggi fundus.

(2) Memantau kontraksi uterus

Gunakan jarum detik yang ada pada jam dinding atau jam tangan untuk memantau kontraksi uterus. Secara hati-hati, letakkan tangan penolong di atas uterus dan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam kurun waktu 10 menit. Tentukan durasi atau lama setiap kontraksi yang terjadi. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus.

(3) Memantau denyut jantung janin

Gunakan stetoskop pinnards atau doppler untuk mendengar denyut jantung janin (DJJ) dalam rahim ibu dan untuk menghitung jumlah denyut jantung janin per menit, gunakan jarum detik pada jam dinding atau jam tangan. Tentukan titik tertentu pada dinding abdomen ibu dimana suara DJJ terdengar paling kuat. Nilai DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi.

Jika DJJ tidak mengalami perbaikan maka siapkan ibu untuk segera dirujuk.

(4) Menentukan presentasi

Pemeriksaan Leopold merupakan salah satu komponen dari pemeriksaan abdomen pada ibu hamil. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan esensial untuk mendiagnosis kehamilan. Palpasi Leopold merupakan teknik pemeriksaan pada perut ibu hamil untuk menentukan posisi dan letak janin dengan melakukan palpasi abdomen pada ibu hamil. Palpasi Leopold terdiri dari 4 langkah yaitu :

(a) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada bagian fundus uteri.

(b) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk menentukan bagian janin yang berada pada sisi lateral maternal.

(c) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk membedakan bagian presentasi dari janin dan memastikan apakah bagian terendah janin masuk panggul.

(d) Leopold IV

Leopold IV bertujuan untuk meyakinkan hasil yang ditemukan pada pemeriksaan Leopold III dan untuk mengetahui sejauh mana bagian presentasi sudah masuk panggul.

(5) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima). Bagian di atas simfisis adalah proporsi yang belum masuk pintu atas panggul dan

sisanya (tidak teraba) menunjukkan sejauh mana bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul. Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlimaan) adalah :

- (a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.
- (b) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- (c) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisi dan (3/5) bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- (e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.
- (f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis pre operasi dalam (PPNI, 2016) yang mungkin muncul adalah:

a. Ansietas (D.0080)

Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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 ansietas diantaranya krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan,

faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis: toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi. Tanda dan gejala pasien dengan anietas merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi. Pasien tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

b. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

Gangguan rasa nyaman merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial. Gangguan rasa nyaman disebabkan oleh gejala penyakit, kurang pengendalian situasional/lingkungan, ketidakadekuatan sumber daya (mis: dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan), kurangnya privasi, gangguan stimulus lingkungan, efek samping terapi (mis: medikasi, radiasi, kemoterapi), gangguan adaptasi kehamilan. Tanda dan gejala pasien gangguan rasa nyaman diantaranya mengeluh tidak nyaman dan gelisah.

c. Gangguan pola tidur (D.0055)

Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Penyebab gangguan pola tidur hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan), kurang kontrol tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur. Tanda dan gejala pasien dengan gangguan pola tidur mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tujuan : Tingkat Ansietas (L.09093), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, diharapkan tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil verbalisasi

kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik. Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah reduksi ansietas (I.09314).

- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan (SDKI D.0074)

Tujuan : Status Kenyamanan (L.08064), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil keluhan tidak nyaman menurun dan gelisha menurun. Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa gangguan rasa nyaman adalah manajemen nyeri (I.08238).

- c. Gangguan pola tidur berhubungan kurag kontrol tidur (SDKI D.0055)

Tujuan : Pola Tidur (L.05045), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah dukungan tidur (I.05174).

4. Implementasi Keperawatan

Implemetasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nugraha, 2020).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi ansietas dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa *back massage* yang berhubungan dengan prosedur pasien pre operasi *sectio caesarea*.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi *back massage* untuk mengatasi ansietas. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosa ansietas dengan luaran ansietas menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi *back massage*: verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik dan pola tidur membaik.

D. Konsep Dasar *Back Massage*

1. Definisi *Back Massage*

Back massage adalah gerakan sentuhan punggung yang memiliki efek relaksasi pada otot, tendon, dan ligamen meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis, dan merangsang pelepasan neurotransmitter asetilkolin, yang kemudian ada penghambatan kerja saraf simpatik alhasil terjaidnya vasodilatasi sistemik serta penurunan kontraktilitas otot. Miokardium bermanifestasi sebagai penurunan denyut jantung, curah jantung, serta volume sekuncup yang mengakibatkan penurunan tekanan darah. *back massage* tidak hanya memberikan relaksasi secara menyeluruh, namun juga dapat melancarkan sirkulasi darah, menurunkan tekanan darah dan menurunkan respon nyeri (Normaliyanti et al., 2021).

2. Klasifikasi *Back Massage*

Ada lima macam tehnik Slow Stroke Back Massage secara khusus menurut Adibah (2019) meliputi : *eflaurage*, *friction*, *petrisage*, *vibration* dan *tapogate*.

a. *Eflaurage*/gosokan

Eflaurage adalah suatu gerakan dengan mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian-bagian tubuh yang di gosok. Tangan mengosok secara supel menuju ke arah jantung dengan dorongan dan tekanan. Dengan bentuk telapak tangan dan jari selalu

menyesuaikan dengan bagian tubuh yang di gosok. Tetapi boleh juga menuju ke samping misalnya bagian dada, perut dan sebagainya. Teknik eflaurage dilakukan pada permulaan massage dengan dosis 5 kali dan dosis 3 kali baik sebagian maupun untuk seluruh tubuh. Khasiat dari gerakan ini yaitu menghilangkan secara mekanisme sel-sel epitel yang mati dan mempercepat pengangkutan zat-zat sampah dan darah yang mengandung karbondioksida.

b. *Petrissage*/ pijatan

Gerakan dengan pijatan menggunakan empat jari yang merapat berhadapan dengan ibu jari yang selalu lurus dan supel. Kesalahan pada umumnya ialah tidak lurusnya jari-jari tersebut. Bagian tubuh yang terletak dalam lekukan telapak tangan antara jari atau ibu jari. Gerakan pijatan tangan meremas otot yang sedikit di tarik keatas seolah-olah akan memisahkan otot dan tulang selaputnya atau dari otot lainnya.

c. *Tapotamen*/pukulan

Gerakan pukulan dengan satu tangan atau kedua belah tangan yang di pukul-pukulkan pada obyek pijat secara bergantian. Efek dari tapotamen ialah: memperlancar peredaran darah vena, merangsang otot, menimbulkan rasa nyaman dan kehangatan.

d. *Fricitoin*/gerusan

Gerakan gerusan kecil yang dilakukan dengan mempergunakan ujung tiga jari yang merapat, ibu jari, ujung siku, pangkal telapak tangan dan yang bergerak berputar-putar searah atau berlawanan arah dengan jarum jam.

e. *Vibration* /gerakan

Gerakan getaran yang dilakukan dengan menggunakan ujung jari atau seluruh permukaan telapak tangan

3. Tujuan Back Massage

Menurut Trisnadewi et al (2018) *back massage* didefinisikan sebagai tindakan manipulasi pada jaringan tubuh dengan gerakan menggosok secara berirama dan perlahan serta memiliki manfaat sebagai berikut:

- a. Efek biomekanik dari tekanan mekanis yang diberikan oleh masase pada jaringan otot dapat mengurangi kekuatan otot atau terjadi vasodilatasi. Hal ini akan memperkaya oksigen dalam darah serta membersihkan organ respirasi, dengan demikian meningkatkan kapasitas vital paru sehingga menghasilkan relaksasi otot.
- b. Efek fisiologis
 - 1) Meningkatkan sirkulasi darah dengan tekanan mekanis dari masase, meningkatkan sirkulasi pada pembuluh darah dan memperlancar aliran darah kapiler, aliran darah beroksigen menuju jaringan meningkat.
 - 2) Hormon stimulasi atau rangsangan dapat mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik dan peningkatan dari sistem saraf parasimpatik.
- c. Efek neurologis stimulasi kulit yang diberikan oleh masase dapat mengaktifkan serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi impuls nyeri melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter kecil, sehingga gerbang sinaps menutup transmisi impuls nyeri dan terjadi penurunan nyeri.
- d. Efek psikologis masasse dapat menghasilkan relaksasi dari stimulasi pada jaringan tubuh karena respon dari neurohormonal yang kompleks di Axis Hipotalamus Hipofisis (HPA) melalui jalur system saraf pusat yang diinterpretasikan sebagai respon relaksasi dengan mengeluarkan pituitary untuk merilekskan pikiran serta meningkatkan endorphine, serotonin, melatonin, yang merupakan endogonius morphin (zat yang memberikan efek menenangkan) yang ada dalam tubuh manusia dan katekolamin yang merupakan zat yang dapat melancarkan aliran darah.

3. Prosedur *Back Massage*

Back massage merupakan implikasi keperawatan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat yang berkompeten. Teknik slow stroke back massage dilakukan dengan beberapa pendekatan, salah satu metode yang dilakukan ialah mengusap kulit klien secara perlahan dan berirama dengan gerakan sirkular dengan kecepatan 60 kali usapan per

menit selama 3-10 menit dan dilakukan 2-3 kali selama 1-2 minggu sebagai upaya menjaga atau mengontrol tekanan darah (Atashi & Alimoradi, 2014).

Back massage dilakukan dengan persiapan, seperti:

a. Persiapan alat

Alat-alat yang dibutuhkan adalah selimut atau handuk untuk menjaga privasi pasien dan aplikasi pada kulit (*lotion*) untuk mencegah terjadinya friksi saat dilakukan masase.

b. Persiapan pasien

Persiapan pasien dilakukan untuk mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien yaitu posisi pronasi atau side lying dengan punggung menghadap ke arah perawat. Membuka pakaian pasien pada daerah punggung serta tetap menjaga privasi pasien, sebelum *back massage* perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi pasien, seperti:

- 1) Mengkaji kondisi kulit, apakah ada kemerahan pada kulit atau inflamasi, luka bakar, luka terbuka, dan fraktur tulang rusuk.
- 2) Mengkaji tingkat kecemasan pada klien

c. Persiapan lingkungan

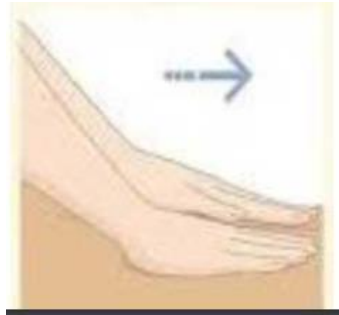
Mengatur tempat dan posisi yang nyaman bagi pasien, mengatur cahaya, suhu dan suara di dalam ruangan untuk meningkatkan relaksasi pasien.

d. Persiapan perawat

Menjelaskan tujuan terapi pada pasien dan mencuci tangan sebelum melaksanakan tindakan.

e. Langkah-langkah pelaksanaan *back massage* masingmasing gerakan dilakukan 10 kali dalam waktu 1 menit 40 detik:

- 1) Gerakan pertama yaitu tangan memberikan tekanan pendek, cepat dan bergantian tangan) dengan menggunakan telapak tangan dan jari dengan memberikan tekanan ringan.



Gambar 2.2 Gerakan Pertama *Back Massage*

- 2) Gerakan kedua yaitu teknik remasan (mengusap otot bahu), dengan satu tangan menekan dan tangan satunya meremas otot yang lain, angkat jaringan sambil diputar.



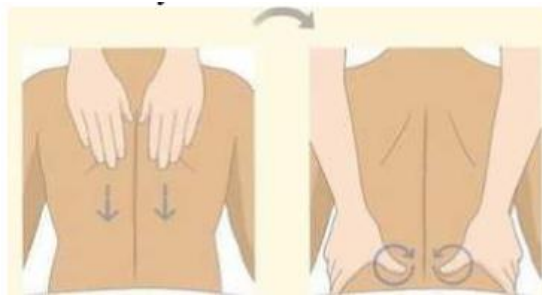
Gambar 2.3 Gerakan Kedua *Back Massage*

- 3) Gerakan ketiga yaitu teknik *friction* atau menggunakan jari atau ibu jari dengan gerakan memutar atau sirkuler, setelah itu dorong daging ke arah luar dengan secara bergantian dalam gerakan setengah lingkaran atau lurus berirama



Gambar 2.4 Gerakan Ketiga *Back Massage*

- 4) Gerakan keempat yaitu teknik *effleurage* dengan kedua tangan, memberikan sentuhan sedikit menekan dari arah ilika hingga pundak atau sebaliknya,



Gambar 2.5 Gerakan Keempat *Back Massage*

- 5) Gerakan kelima dengan teknik *petrissage* yaitu menekan punggung secara horizontal.
- 6) Gerakan keenam yaitu teknik *tapotement* atau tekanan menyikat dengan menggunakan ujung jari, digunakan pada akhir *massage* dan berikan sentuhan *massage* memutar untuk mengakhiri *massage*.



Gambar 2.6 Gerakan Keenam *Back Massage*

4. Indikasi *Back Massage*

Menurut Kusumoningtyas & Ratnawati (2018) *back massage* memiliki 6 langkah gerakan, masing-masing gerakan dilakukan 10 kali dalam waktu 1 menit 40 detik. Indikasi dan kontraindikasi *slow stroke back massage* meliputi:

Back massage diindikasikan pada seseorang yang sedang memiliki hipertensi, ansietas, nyeri/ ketidaknyamanan, insomnia, keluhan kekakuan dan ketegangan pada punggung dan bahu.

5. Kontraindikasi *Back Massage*

Back massage tidak dianjurkan pada seseorang dengan kondisi fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka pada daerah punggung dan memiliki operasi pada bagian punggung.

6. Pengaruh *Back Massage* Terhadap Kecemasan

Back Massage yang dilakukan dalam waktu \pm 10 menit dengan penekanan berirama pada daerah torakal 10 sampai 12 dan lumbal 1 yang merupakan sumber persarafan akan meningkatkan relaksasi dengan menurunkan aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis sehingga hal ini dapat menyebabkan seseorang akan merasa tenang dan rileks. *Back Massage* dapat merangsang produksi hormone endorphin, yaitu hormon yang dapat memberikan efek tenang dan nyaman, merangsang saraf reseptor sensorik menuju ke sistem saraf pusat dan apabila mengenai impuls bagian kelabu pada otak tengah (*periaqueductus*) kemudian dari ini diteruskan ke hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui saraf desenden hormon endorphin dikeluarkan sehingga menimbulkan efek relaksasi dan menyebabkan vasodilatasi pada pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan menjadi lebih lebar dan rileks, sehingga akan terjadi penurunan tekanan darah dan akhirnya dapat menurunkan keluhan nyeri kepala (Meylani, 2019; Surya & Yusri, 2022).

Rasa nyaman akan tercapai sehingga secara psikis memberikan dampak positif bagi seseorang yaitu rasa tenang, nyaman, rileks, dan stres atau depresi yang menurun. Respons positif ini melalui jalur HPA Aksis akan merangsang hipotalamus dan Locus Coeruleus (LC). Hipotalamus akan menurunkan sekresi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) sehingga *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH) menurun dan merangsang *Proopiomelanocortin* (POMC) yang juga akan menurunkan produksi ACTH dan menstimulasi produksi endorphin. LC yang bertanggung jawab untuk menengahi banyak efek simpatikselama stres, dalam keadaan rileks akan menurunkan sintesis norepinefrin di medulla adrenal yang akan merangsang penurunan AVP (argininevasopressin). Penurunan AVP dan ACTH serta peningkatan endorphin akan menurunkan tahanan perifer dan *cardiac output* sehingga tekanan darah akan menurun (Meylani, 2019).

E. Jurnal Terkait

Tabel 2.1 Jurnal Terkait

| No | Judul, Penulis, dan Tahun | Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis) | Hasil |
|----|---|---|--|
| 1 | Intervensi <i>Slow Stroke Back Massage</i> Untuk Menurunkan Intensitas Nyeri <i>Post Sectio Caesarea</i> (Rahmawati & Mukhoirotin., 2024). | D : <i>Quasy Eksperiment</i> , dengan pendekatan <i>pre-posttest control group design</i> S : 34 responden dengan teknik <i>purposive sampling</i> dan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok SSBM (n=17) dan kelompok kontrol (n=17). V : <i>Back massage</i> , nyeri <i>post sectio caesarea</i> A : Data dianalisis menggunakan uji <i>Paired T-Test</i> dan uji <i>Independent TTest</i> . | Hasil penelitian menunjukkan <i>slow stroke back massage</i> berpengaruh terhadap intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> (p<0,05). Terdapat perbedaan pengaruh antara kelompok SSBM dan kelompok kontrol terhadap intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> (p<0,05). <i>Slow Stroke Back Massage</i> efektif menurunkan intensitas nyeri <i>post sectio caesarea</i> |
| 2 | Penerapan <i>Foot & Hand Massage</i> Pada Asuhan Keperawatan <i>Post Partum Sectio caesarea</i> Atas Indikasi Ketuban Pecah Dini (Balkis & Ira., 2023) | D : <i>Study case</i> S : Ibu post partum <i>sectio caesarea</i> atas indikasi ketuban pecah dini berumur 34 tahun V : <i>Foot dan hand massage</i> , nyeri <i>post sectio caesarea</i> . A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi. | <i>Evidence Based Nursing</i> yaitu dengan menerapkan <i>foot & hand massage</i> pada ibu <i>post partum sectio caesarea</i> dan dilakukan dua kali sehari selama 15 menit. Hasil penelitian ini menunjukkan penerapan tindakan <i>foot & hand massage</i> pada ibu post partum tindakan section caesarea belum terbukti secara keseluruhan dalam mengurangi intensitas skala nyeri. Penerapan <i>foot & hand massage</i> dalam kasus ini tidak terdapat penurunan nyeri yang signifikan, namun metode <i>foot & hand massage</i> ini dapat memberikan rasa nyaman dan meningkatkan relaksasi pada tubuh pasien. |
| 3 | Aplikasi Terapi Pijat Punggung (<i>Back Massage</i>) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pada Pasien Di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (Ambarwati dkk., 2019) | D : <i>Study case</i> S : 4 pasien diruang ICU RSUD Pandan Arang Boyolali dengan kriteria pasien pasien adalah usia 25-70 tahun, pasien yang mengalami gangguan tidur, pasien yang tidak dalam pengaruh obat anastesi dan | Data diperoleh nilai sig 0,022 (p<0,05) yang berarti terdapat perbedaan skor kualitas tidur yang bermakna pada pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi pijat punggung (<i>back massage</i>). Didapatkan bahwa dari |

| No | Judul, Penulis, dan Tahun | Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis) | Hasil |
|----|---|---|---|
| | | <p>sedasi Penilaian dilakukan sebelum dan sesudah terapi. V : <i>Back massage</i>, kualitas tidur. A : Data dianalisis menggunakan uji <i>Paired T-Test</i> dan uji <i>Independent TTest.</i>, wawancara, observasi, dan dokumentasi.</p> | <p>penerapan healing touch dengan melalui gosokan punggung yang dilakukan secara lembut dapat memberikan rasa nyaman dengan mekanisme penutupan impuls nyeri sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur.</p> |
| 4 | <p>Penerapan Terapi <i>Back Massage</i> Terhadap Intensitas Nyeri Rematik Pada Lansia (Suci & Wijanarko, 2019)</p> | <p>D : <i>Resume</i> asuhan keperawatan <i>one group pretest posttest.</i> S : Dua lansia. V : <i>Back massage</i>, nyeri A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.</p> | <p>Hasil studi menunjukkan bahwa kedua responden didapatkan hasil klien I dan II Yang telah dilakukan penerapan terapi <i>back massage</i> mengalami penurunan nyeri dengan presentase 60,6% dan 60% dengan rata-rata penurunan sebanyak 2.</p> |
| 5 | <p>Penerapan <i>Back Massage</i> Terhadap Fatigue Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro (Nanda dkk., 2023)</p> | <p>D : <i>Case study</i> S : Dua pasien gagal ginjal kronik. V : <i>Back massage, fatigue</i> A : Wawancara, observasi, dan dokumentasi.</p> | <p>Penerapan menunjukkan hasil bahwa setelah dilakukan penerapan back massage skor <i>fatigue</i> pada kedua subyek yang mengalami penurunan dari skor 40 dan 41 menjadi 29 dan 30.</p> |