

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. *Sectio Caesarea*2.1.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu (Laparotomi) dan uterus (histerektomi) untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi medis. Kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Yusmiati, 2007).

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Wiknjosastro, 2007). *Sectio caesarea* ini diperlukan jika persalinan normal atau per vaginam tidak mungkin dilakukan, dengan keadaan abnormalitas pada bayi, ibu yang memiliki kelainan plasenta, perdarahan hebat dan mencegah kematian janin, (Liu, 2008).

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, di mana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Ilmu Bedah Kebidanan, 2004).

Beberapa terminologi di atas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* adalah suatu pembedahan yang dilakukan pada rongga abdomen untuk membuka rongga uterus guna mengeluarkan hasil konsepsi (janin, plasenta dan selaput ketuban) yang telah siap hidup di dunia luar. SC merupakan

pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding abdomen dan dinding rahim (Bensons & Pernoll, 2008). Indikasi dilakukannya SC merupakan *disproporsi sefalopelvik* gawat janin, *plasenta previa*, riwayat SC sebelumnya, kelainan letak, *incordtrurte uterine action*, eklamsia dan hipertensi (Mansjoer, Triyanti, Savitri, Wardhani, & Setiowulan, 2009). Persalinan dengan SC dianggap sebagai salah satu untuk mewujudkan *well born baby well health mother*, tidak hanya bayi yang lahir hidup tapi harapan agar tumbuh kembangnya berkelanjutan dan tidak ada komplikasi yang dialami ibu (Manuaba, 2001).

2.1.2 Penyebab Operasi *Sectio Caesarea*

Ada dua alasan utama mengapa persalinan harus dilakukan melalui bedah *sectio caesarea*. Pertama, kegagalan proses persalinan karena ukuran kepala bayi terlalu besar untuk rongga panggul ibu. Kedua, distress janin dan ibu janin yang merespon kontraksi dan tekanan darah ibu tiba-tiba naik (Elizabeth, 2005). Adapun faktor yang menyebabkan operasi *sectio caesarea* adalah :

a. Faktor Janin

Faktor yang menyebabkan dilakukan tindakan *sectio caesarea* misalnya macrosomia, kelainan letak bayi, ancaman gawat darurat, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat dan bayi kembar (Yusmiati, 2007).

b. Faktor ibu

Faktor ibu yang menyebabkan dilakukannya tindakan *sectio caesarea* misalnya panggul sempit atau abnormal. Disfungsi kontraksi riwayat kematian prenatal, pernah mengalami trauma persalinan ingin dilakukannya tindakan sterilisasi. Kondisi kehamilan

sebagai penyebab dilakukannya operasi. Misalnya tidak ada tanda persalinan pada hal kehamilan harus diakhiri karena alasan janin dan ibunya. Ibu menderita eklamsia atau ketuban pecah dini. Dan ingin dilakukan tindakan sterilisasi. Namun dari kondisi janin dan ibu tidak semuanya harus dilakukan persalinan dengan operasi. Tindakan operasi dilakukan dengan beberapa tindakan, yaitu apabila persalinan pervagina membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.

2.1.3 Sebab – Sebab Operasi *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea yang berencana dan tidak berencana :

Sectio Caesarea yang direncanakan dari semula telah direncanakan bahwa bayi akan dilahirkan secara *sectio caesarea*, tidak diharapkan lahir kelahiran biasa, misalnya pada panggul sempit (CV kurang dari 8 cm). *Sectio Caesarea* yang tidak direncanakan, Dalam hal ini kita mencoba bersikap menunggu kelahiran biasa (partus percobaan), bila tidak ada kemajuan. Persalinan atau partus percobaan gagal, baru dilakukan *sectio caesarea* (Kasdu, 2003).

2.1.4 Indikasi *Sectio Caesarea*

Ahli kandungan atau para penyaji perawatan yang lain menganjurkan *sectio caesarea* apabila kelahiran melalui vagina mungkin membawa resiko pada ibu dan janin. Indikasi untuk *sectio caesarea* antara lain meliputi :

1. Indikasi Medis

Ada 3 faktor penentu dalam proses persalinan yaitu :

a. *Power*

Dilakukan operasi caesarea, misalnya daya megejan lemah, ibu berpenyakit jantung atau penyakit menahun lain yang mempengaruhi tenaga.

b. *Passanger*

Diantaranya, anak terlalu besar, anak "mahal" dengan kelainan letak lintang, primi gravida diatas 35 tahun dengan letak sungsang, anak tertekan terlalu lama pada pintu atas panggul, dan anak menderita *fetal distress syndrome* (denyut jantung janin kacau dan melemah).

c. *Passage*

Kelainan ini merupakan panggul sempit, trauma persalinan serius pada jalan lahir atau pada anak, adanya infeksi pada jalan lahir yang diduga bisa menular ke anak, umpamanya herpes kelamin (*herpes genitalis*), *condyloma lota* (kondiloma sifilitik yang lebar dan pipih), *condyloma acuminata* (penyakit infeksi yang menimbulkan massa mirip kembang kol di kulit luar kelamin wanita), hepatitis B dan hepatitis C.

2. Indikasi Ibu

a. Usia

Ibu yang melahirkan untuk pertama kali pada usia sekitar 35 tahun, memiliki resiko melahirkan dengan operasi. Apabila pada wanita dengan usia 40 tahun ke atas. Pada usia ini, biasanya seseorang memiliki penyakit yang beresiko, misalnya tekanan darah tinggi, penyakit jantung, kencing manis, dan pre eklamsia. Eklamsia

(keracunan kehamilan) dapat menyebabkan ibu kejang sehingga dokter memutuskan persalinan dengan *sectio caesarea*.

b. Tulang Panggul

Cephalopelvik disproportion (CPD) adalah ukuran lingkaran panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak melahirkan secara alami. Tulang panggul sangat menentukan mulusnya proses persalinan.

c. Persalinan Sebelumnya dengan *sectio caesarea*

Sebenarnya, persalinan melalui bedah *caesar* tidak mempengaruhi persalinan selanjutnya harus berlangsung secara operasi atau tidak. Apabila memang ada indikasi yang mengharuskan dilakukannya tindakan pembedahan, seperti bayi terlalu besar, panggul terlalu sempit, atau jalan lahir yang tidak mau membuka, operasi bisa saja dilakukan.

d. Faktor Hambatan Jalan Lahir

Adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang kaku sehingga tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek, dan ibu sulit bernafas.

e. Kelainan Kontraksi Rahim

Jika kontraksi rahim lemah dan tidak terkoordinasi (*inkordinate uterine action*) atau tidak elastisnya leher rahim sehingga tidak dapat melebar pada proses persalinan, menyebabkan kepala bayi tidak terdorong, tidak dapat melewati jalan lahir dengan lancar.

f. Ketuban Pecah Dini

Robeknya kantung ketuban sebelum waktunya dapat menyebabkan bayi harus segera dilahirkan. Kondisi ini membuat air ketuban merembes keluar sehingga tinggal sedikit atau habis. Air ketuban (*amnion*) adalah cairan yang mengelilingi janin dalam rahim.

g. Rasa Takut Kesakitan

Umumnya, seorang wanita yang melahirkan secara alami akan mengalami proses rasa sakit, yaitu berupa rasa mulas disertai rasa pinggang dan pangkal paha yang semakin kuat dan “menggigit”. Kondisi tersebut karena keadaan yang pernah atau baru melahirkan merasa ketakutan, khawatir, dan cemas menjalaninya. Hal ini bisa karena alasan secara psikologis tidak tahan melahirkan dengan sakit. Kecemasan yang berlebihan juga akan menghambat proses persalinan alami yang berlangsung. (Kasdu, 2003).

3. Indikasi Janin

a. Ancaman Gawat Janin (*fetal distress*)

Detak jantung janin melambat, normalnya detak jantung janin berkisar 120-160. Namun dengan CTG (*cardiotography*) detak jantung janin melemah, lakukan segera *sectio caesarea* segera untuk menyelamatkan janin.

b. Bayi Besar (*makrosemia*)

c. Letak Sungsang

Letak yang demikian dapat menyebabkan poros janin tidak sesuai dengan arah jalan lahir. Pada keadaan ini, letak kepala pada posisi yang satu dan bokong pada posisi yang lain.

d. Faktor Plasenta

1) *Plasenta previa*

Posisi plasenta terletak dibawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

2) *Plasenta Lepas (Solution plasenta)*

Kondisi ini merupakan keadaan plasenta yang lepas lebih cepat dari dinding rahim sebelum waktunya. Persalinan dengan operasi dilakukan untuk menolong janin segera lahir sebelum ia mengalami kekurangan oksigen atau keracunan air ketuban.

3) *Plasenta accreta*

Merupakan keadaan menempelnya plasenta di otot rahim. Pada umumnya dialami ibu yang mengalami persalinan yang berulang kali, ibu berusia rawan untuk hamil (di atas 35 tahun), dan ibu yang pernah operasi (operasinya meninggalkan bekas yang menyebabkan menempelnya plasenta).

e. Kelainan tali pusat

1) *Prolapsus* tali pusat (tali pusat menumbung)

Keadaan penyumbatan sebagian atau seluruh tali pusat. Pada keadaan ini, tali pusat berada di depan atau di samping atau tali pusat sudah berada di jalan lahir sebelum bayi.

2) Terlilit tali pusat

Lilitan tali pusat ke tubuh janin tidak selalu berbahaya. Selama tali pusat tidak terjepit atau terpelintir maka aliran oksigen dan nutrisi dari plasenta ke tubuh janin tetap aman. (Kasdu, 2003).

2.1.5 Resiko- resiko *Sectio Caesarea*

Ibu yang melahirkan dengan tindakan *sectio caesarea* tidak saja menimbulkan resiko medis tapi juga resiko psikologis. Resiko *Sectio Caesarea* menurut Kasdu (2003), antara lain :

a. Infeksi rahim dan bekas jahitan

Infeksi luka akibat *Caesarea* beda dengan luka pada persalinan normal. Luka setelah *Caesar* lebih besar dan lebih berlapis-lapis. Bila penyembuhan tidak sempurna, kuman lebih mudah menginfeksi sehingga luka pada rahim dan jahitan bisa lebih parah.

b. Perdarahan

Perdarahan tidak bisa dihindari dalam proses persalinan. Namun darah yang hilang lewat *sectio caesarea* dua kali lipat dibanding lewat persalinan normal. Kehilangan darah yang cukup banyak mengakibatkan syok secara mendadak.

c. Resiko obat bius

Pembiusan pada proses *caesarea* bisa menyebabkan komplikasi. Selain itu, obat bius juga bisa mempengaruhi bayi. Sebagian bayi mengalami efek dari obat bius yang diberikan dokter kepada ibunya saat *caesarea*. Setelah dilahirkan bayi biasanya menjadi kurang aktif dan banyak tidur sebagai efek dari obat bius.

Sedangkan resiko psikologisnya adalah :

a. *Baby bius*

Bagi sebagian ibu yang menjalani *caesarea* ini merupakan masa peralihan. Biasanya berlangsung selama satu atau dua minggu. Hal

ini ditandai dengan perubahan suasana hati, kecemasan, sulit tidur, konsentrasi menurun.

b. *Post Traumatik Syndrom Disorder* (PTSD)

Pengalaman perempuan menjalani *sectio caesarea* sebagai suatu peristiwa traumatik. 3% perempuan memiliki gejala klinis PTSD pada 6 minggu setelah *caesarea*. Dan 24% menunjukkan setidaknya 1 dari 3 komponen PTSD.

3) Sulit pendekatan kepada bayi

Perempuan yang mengalami *sectio caesarea* mempunyai perasaan negatif usai menjalani *sectio caesarea* tanpa memperhatikan kepuasan terhadap hasil operasi. Sehingga ibu yang melahirkan secara *sectio caesarea* biasanya sulit dekat dengan bayinya. Bahkan jarang bisa menyusui dibandingkan dengan melahirkan normal. Karena rasa tidak nyaman akibat *sectio caesarea*.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *sectio caesarea* mempunyai resiko-resiko. Yaitu resiko medis seperti infeksi rahim dan bekas jahitan, perdarahan dan resiko obat bius. Sedangkan resiko psikologis antara lain *baby blues*, *post traumatic syndrome disorder* dan sulit pendekatan kepada bayi

2.1.6 Perkembangan *Sectio Caesarea*

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta informasi dimasa sekarang ini, dimana seseorang dengan mudahnya memperoleh informasi yang diinginkan termasuk informasi didunia kesehatan yang membahas tentang tindakan persalinan dengan cara *sectio caesarea*, bahkan mungkin dengan berjalannya waktu *sectio caesarea* akan menjadi

sesuatu yang biasa dalam kelahiran, dimana *sectio caesarea* dilakukan atas permintaan penderita. Makin dikenalnya tindakan persalinan dengan cara *sectio caesarea* dan bergesernya pandangan masyarakat akan metode persalinan yang dilakukan menjadi tindakan operasi *sectio caesarea* sebagai suatu fenomena yang baru dan tidak lagi tabu untuk dibicarakan dan dilakukan di masyarakat.

2.1.7 Jenis-Jenis *Sectio Caesarea*

Ada dua jenis sayatan operasi yang dikenal yaitu :

a. Sayatan melintang

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (*simphysis*) di atas batas rambut kemaluan sepanjang sekitar 10-14 cm. Keuntungannya adalah perut pada rahim kuat sehingga cukup kecil resiko menderita rupture uteri (robek rahim) di kemudian hari. Hal ini karena pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna (Kasdu, 2003).

b. Sayatan memanjang (bedah caesar klasik)

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini labil, rentan terhadap komplikasi (Dewi Y, 2007).

2.1.8 Prosedur Tindakan *Sectio Caesarea*

a. Izin Keluarga

Pihak Rumah Sakit memberikan surat yang harus ditanda tangani oleh keluarga, yang isinya izin pelaksanaan operasi.

b. Pembiusan

Pembiusan dilakukan dengan bius epidural atau spinal. Dengan cara ini ibu akan tetap sadar tetapi ibu tidak dapat melihat proses operasi karena terhalang tirai.

c. Disterilkan

Bagian perut yang akan dibedah, disterilkan sehingga diharapkan tidak ada bakteri yang masuk selama operasi.

d. Pemasangan Alat

Alat-alat pendukung seperti infus dan kateter dipasangkan, macam peralatan yang dipasang disesuaikan dengan kondisi ibu.

e. Pembedahan

Setelah semua siap, dokter akan melakukan sayatan demi sayatan sampai mencapai rahim dan kemudian selaput ketuban dipecahkan. Selanjutnya dokter akan mengangkat bayi berdasarkan letaknya.

f. Mengambil Plasenta

Setelah bayi lahir, selanjutnya dokter akan mengambil plasenta.

g. Menjahit

Langkah terakhir adalah menjahit sayatan selapis demi selapis sehingga tertutup semua. (Juditha, dkk, 2009)

2.1.9 Tahap Pre Operasi *Sectio Caesarea*

Fase pre operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi (Kozier,2011). Derajat resiko dalam prosedur pembedahan ini dipengaruhi oleh, usia, status kesehatan umum, status nutrisi, penggunaan medikasi atau anastesi dan status mental. Tujuan utama dari fase ini adalah mempersiapkan dan memastikan bahwa klien secara mental dan fisik telah siap untuk menjalani pembedahan.

Saat menghadapi pembedahan, klien akan mengalami berbagai stressor. Pembedahan yang ditunggu pelaksanaannya akan menyebabkan persepsi klien terhadap rasa takut meningkat, timbulnya respon ansietas, dimana klien menghubungkan pembedahan dengan adanya rasa nyeri, kemungkinan cacat, menjadi bergantung pada orang lain, dan mungkin kematian (Potter,2006).

Untuk mengatasi hal tersebut intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu memberikan penyuluhan praoperatif. Ada empat dimensi penyuluhan preoperatif yang diidentifikasi penting bagi klien, yaitu : informasi mengenai kapan dan apa yang akan dialami klien selama pembedahan nantinya termasuk sensasi ketidak nyamanan. Selanjutnya perawat dapat memfasilitasi dukungan psikososial untuk menurunkan ansietas. Memberikan pemahaman pada klien dan keluarga tentang peran mereka dalam persiapan praoperatif, prosedur pembedahan dan setelah proses pembedahan selesai (Kozier, 2011).

2.2 Kecemasan

2.2.1 Defenisi Kecemasan

Ansietas (Kecemasan) merupakan respon emosional terhadap penilaian individu yang subyektif, yang dipengaruhi alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Depkes, 2008). *Ansietas* merupakan alat peringan internal yang tanda bahaya kepada individu (Stuart and Sundeen, 2006). *Ansietas* adalah istilah yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik (Dalami, 2009).

Kecemasan tidak dapat dihindari dari kehidupan individu dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman cemas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Hal yang dapat menimbulkan kecemasan biasanya bersumber dari ancaman integritas biologi meliputi gangguan terhadap kebutuhan dasar makan, minum, kehangatan, sex. Dan ancaman terhadap keselamatan diri, seperti tidak menemukan integritas diri, tidak menemukan status dan prestise, tidak memperoleh pengakuan dari orang lain dan ketidaksesuaian pandangan diri sendiri dengan lingkungan nyata (Susilowati, dkk, 2005).

2.2.2 Respon Kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kondisi tubuh seseorang, respon kecemasan menurut Suliswati, dkk (2005) antara lain:

a. Respon Fisiologis terhadap Kecemasan

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (Simpatis maupun parasimpatis).

Sistem saraf simpatis akan mengaktivasi proses tubuh, sedangkan sisten saraf parasimpatis akan meminimalkan respon tubuh.

b. Respon Psikologis terhadap Kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi aspek interpersonal maupun personal. Kecemasan tinggi akan mempengaruhi koordinasi dan gerak refleks. Kesulitan mendengarkan akan mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan dengan orang lain.

c. Respon Kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berfikir baik proses pikir maupun isi pikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapangan persepsi, dan bingung.

d. Respon Afektif

Secara afektif klien akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan sebagai reaksi emosi terhadap kecemasan.

2.2.3 Tingkat Kecemasan

Menurut Dalami (2009) ansietas atau kecemasan terdapat dalam 4 tingkatan, setiap tingkatan memiliki karakteristik dalam persepsi yang berbeda, tergantung kemampuan individu yang ada dan dari dalam dan luar maupun dari lingkungannya, tingkat kecemasan atau ansietas yaitu :

1) Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari, individu masih waspada dan berhati-hati, serta lapang persepsinya melebar. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan

pertumbuhan dan kreatifitas. Respon fisiologi kecemasan ringan adalah : Sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar, sedang respon perilaku dan emosinya adalah : tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

1) Kecemasan Sedang

Individu lebih memfokuskan hal-hal penting saat itu dan menyampingkan hal lain, lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Respon fisiologi pada kecemasan sedang adalah : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anorexia, konstipasi atau diare, gelisah, sedang respon perilaku dan emosinya adalah : gerakan tersentak-sentak(meremas tangan), bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, perasaan tidak aman.

2) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detail yang kecil (spesifik) dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berfikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respon fisiologi pada kecemasan berat adalah : nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, ketegangan, sedang respon perilaku dan emosinya adalah : perasaan ancaman meningkat, verbalisasi cepat.

3) Kecemasan Panik

Pada tingkatan ini lapangan persepsi individu sudah sangat menyempit dan sudah terganggu sehingga tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberikan pengarahan.

Respon fisiologi pada tingkat kecemasan ini adalah : nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah, sedang respon perilaku dan emosinya adalah : mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak, kehilangan kendali atau kontrol diri, persepsi kacau.

2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan (Stuart and Sundeen, 2008) yaitu :

1). Pandangan Psikoanalisa

Kecemasan (*ansietas*) adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu *id* dan *super ego*. *Id* mewakili dorongan *insting* dan *impuls* primitif, sedangkan *super ego* mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma-norma budaya. *Ego* atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi *ansietas* adalah mengingatkan *ego* bahwa ada bahaya.

2). Pandangan Interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan *interpersonal*. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.

3). Pandangan perilaku

Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan

kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

4). Kajian Keluarga

Menimbulkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.

5). Kajian biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepines*. Obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat* (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologi berhubungan dengan kecemasan. Selain itu kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

a) Teori interpersonal

Ansietas terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan, perpisahan yang menyebabkan seseorang menjadi tidak berdaya individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah untuk mengalami ansietas yang berat. (Stuart & Sundeen, 1998).

b) Teori eksistensi

Teori eksistensial tentang kecemasan memberikan model untuk gangguan kecemasan umum, dimana tidak terdapat stimulasi yang dapat

diidentifikasi secara spesifik untuk suatu perasaan kecemasan yang kronik.

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pre Operasi *Section Caesarea*.

Menurut Stuart & Sundeen (2008), kecemasan dapat bersumber dari faktor Internal dan Eksternal sebagai berikut :

1) Faktor Internal

a. Umur

Kehamilan dan persalinan yang dianggap aman pada umumnya pada umur antara 20-35 tahun. Resiko kehamilan yang tinggi akan terjadi apabila seorang wanita mengalami kehamilan dan melahirkan dibawah umur 20 tahun dan diatas 35 tahun (Depkes.RI, 2007). Hasil penelitian susiaty (2008), menemukan bahwa selain usia kehamilan penyebab kecemasan dapat dihubungkan dengan usia ibu yang memberi dampak terhadap perasaan takut dan cemas yaitu di bawah usia 20 tahun serta diatas 31-40 tahun karena usia ini merupakan usia kategori kehamilan berisiko tinggi dan seorang ibu yang berusia lebih lanjut akan menanggung risiko yang semakin tinggi untuk melahirkan bayi cacat lahir dengan sindrom down.

b. Pendidikan

Pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan semakin mudah menangkap informasi baru

termasuk dalam menguraikan permasalahan baru (Stuart & Sundeen, 1998).

c. Pengetahuan

Pengetahuan adalah keseluruhan pikiran, gagasan, ide, konsep dan pemahaman yang dimiliki manusia tentang dunia dan segala isinya termasuk manusia dan isinya. Pengetahuan adalah apa yang telah diketahui, dan mampu diingat oleh setiap orang setelah mengalami, menyaksikan, mengamati atau diajarkan sejak lahir sampai dewasa khususnya setelah ia pendidikan diberi pendidikan baik melalui pendidikan formal maupun pendidikan non formal. Pendidikan non formal seperti penyuluhan, demonstrasi, kursus-kursus dan lain sebagainya. Pengetahuan adalah proses kegiatan mental yang dikembangkan melalui proses kegiatan pada umumnya sebagai aktivitas kognitif.

d. Pekerjaan

Pembedahan dapat menyebabkan perubahan fisik yang membuat pasien tidak bisa kembali bekerja dan bahkan kehilangan pekerjaan karena ketidakmampuannya, maka perawat perlu mengkaji riwayat pekerjaan pasien untuk mengantisipasi efek pada masa pemulihan yang mungkin terjadi akibat pembedahan dan penampilan pasien saat kembali bekerja (Potter, 2006).

2). Faktor Eksternal

a. Lingkungan

Lingkungan baru merupakan faktor yang dapat menimbulkan stress. Pada individu yang akan menjalani operasi, kamar operasi merupakan lingkungan baru atau asing bagi individu tersebut, sehingga bila individu masuk ke kamar operasi akan mengalami cemas karena desain atau tata ruang di kamar operasi sangat berbeda dengan lingkungan di rumah. Di kamar operasi terdapat alat-alat untuk operasi, lampu operasi, dan petugas team operasi semua itu merupakan sesuatu yang asing bagi pasien dan menyebabkan cemas.

b. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Jenis dukungan yang diberikan keluarga untuk mengurangi kecemasan operasi itu sendiri adalah dukungan informasi, dimana keluarga memberikan nasehat, saran, dukungan jasmani maupun rohani (Setiadi, 2008).

c. Dukungan sosial

Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai

kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Friedman, 1998).

Disamping itu pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga adalah pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh dengan stress. Kehadiran keluarga dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental klien. Keluarga juga diharapkan mendampingi klien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan klien dengan kata-kata yang menenangkan hati klien dan meneguhkan keputusan klien untuk menjalani operasi. Selain itu perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang akan menjalani operasi. Persiapan yang baik selama periode operasi membantu menurunkan resiko operasi dan meningkatkan pemulihan pasca pembedahan (Setiadi, 2008).

2.2.6 Alat Ukur Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan berbagai cara. Tes adalah salah satu metode mengambil pengukuran yang obyektif. beberapa alat ukur kecemasan yang sering dipakai diantaranya adalah : *Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (STAI-State)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, *Multiple Affect Adjective Check List (MAACL)*, *100 mm visual analogue scale (VAS)*, *Hamilton Anxiety Rating-scale (HARS)* dan *Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale (APAIS)*.

Pada umumnya untuk mengukur kecemasan digunakan alat ukur yaitu *Hamilton Anxiety Rating-scale (HARS)*, namun untuk mengukur skala kecemasan pasien pre operasi skala ini tidak spesifik dan terlalu umum. *Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale (APAIS)* telah dibuktikan

mampu secara efisien mengkaji skala kecemasan pada klien (Nishimori et all, 2002).

Dalam APAIS ada dua skala yang dikaji yaitu ansietas dan kebutuhan akan informasi. Kedua skala ini telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan hasil yang tinggi (Kecemasan; Cronbachs $\alpha = 0,92$; kebutuhan akan informasi: Cronbachs $\alpha = 0,86$), jadi APAIS dapat dijadikan alat ukur kecemasan pre operasi yang valid dan dapat diandalkan (Berth et all, 2007; Boker, 2002). Sebagai pembuktian APAIS telah diadopsi dan diuji coba oleh berbagai Negara diantaranya Jepang (Nishimori et all, 2002), dan Jerman (Berth et all, 2007).

Variabel yang terdapat didalam APAIS adalah; Saya khawatir dengan adanya anastesi (1), Prosedur anastesi selalu berada dipikiran saya terus-menerus (2), Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang anastesi (3), Saya khawatir dengan prosedur operasi yang akan saya jalankan (4), Prosedur ini selalu ada dipikiran saya terus menerus (5), dan saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang prosedur pembedahan ini (6). Skor diberikan nilai 1 (tidak sama sekali)-5 (sangat).

Jawaban ditambahkan sampai membentuk dua skala; ansietas terkait anastesi didapatkan dari penjumlahan $A=1+2$, ansietas terkait pembedahan didapatkan dari penjumlahan $S=4+5$, Keingintahuan akan komponen informasi didapatkan dari jumlah $3+6$, sedangkan gabungan komponen ansietas didapatkan dari penjumlahan $C=A+S$ (Berth et all, 2007). Nilai ansietas total berkisar antara 4-20 dan kebutuhan akan perlunya informasi berkisar antara 2-10. Sebuah nilai yang lebih tinggi mencerminkan ansietas yang lebih tinggi serta lebih tinggi kebutuhan informasi (Berth et all, 2007).

2.2.7 Penatalaksanaan Kecemasan

Aspek klinik menyatakan bahwa kecemasan dapat dijumpai pada seseorang yang menderita stress normal, pada orang yang menderita sakit fisik berat lama dan kronik, dan pada orang dengan gangguan psikiatri berat. Kecemasan yang berkepanjangan menjadi patologis dan menghasilkan berbagai gejala hiperaktivitas otonom pada sistem muskuloskeletal, kardiovaskuler, gastrointestinal bahkan, genitourinarius. Respon kecemasan yang berkepanjangan dinamakan gangguan kecemasan (Romadhan, 2002). Penyembuhan gangguan kecemasan dapat dilakukan dengan cara farmakologis maupun non farmakologis menurut Maramis (2004) dan Romadhon (2002) yaitu sebagai berikut :

a. Farmakologis

Anxiolytic mempunyai keunggulan efek terapeutik cepat dalam menurunkan tanda dan gejala kecemasan tetapi mempunyai kerugian resiko adiksi. Tetapi kombinasi yang diberikan untuk menurunkan kecemasan merupakan obat *anxiolytic* dan psikoterapi. Obat *anxiolytic* diberikan sampai 2 minggu pengobatan, kemudian dilakukan psikoterapi yang dimulai pada awal minggu kedua. Saat psikoterapi diberikan, obat *anxiolytic* masih tetap diberikan tetapi secara bertahap diturunkan dosisnya (*tapering off* sampai minggu ke empat pengobatan). Jenis obat yang digunakan sebagai agen *anxiolytic* yaitu golongan *benzodiazepin*, *non-benzodiazepin*, anti-depresan: *trisiklik*, *monoamin inhibitor* (MAOI), *serotonin reuptake inhibitor* (SRI), *specific serotonin reuptake inhibitor* (SSRI) (Romadhon, 2002). Pengobatan farmakologi *anxiolytic* mempunyai efek klinik *tranquilaizer* dan *neroleptika* (Maramis, 2004).

b. Non farmakologis

Psikoterapi yang digunakan untuk gangguan kecemasan merupakan psikoterapi berorientasi insight, terapi perilaku, terapi kognitif atau psikoterapi provokasi kecemasan jangka pendek (Romadhon, 2002). Menurut Dongoes (2002) menurunkan stresor yang dapat memperberat kecemasan dilakukan dengan beberapa cara sebagai berikut: Menurunkan kecemasan dengan teknik distraksi yang memblokir persepsi nyeri dalam korteks serebral. Relaksasi dapat menurunkan respon kecemasan, rasa takut, tegang dan nyeri. Tehnik relaksasi terdapat dalam berbagai jenis yaitu latihan nafas dalam, *visualisasi* dan *guide imagery*, *biofeedback*, meditasi, tehnik relaksasi *autogenik*, relasasi otot *progresif* dan sebagainya. Pendidikan kesehatan membantu pasien dengan gangguan kecemasan untuk mempertahankan kontrol diri dan membantu membangun sikap positif sehingga mampu menurunkan ketergantungan terhadap medikasi. Memberikan bimbingan pada klien dengan gangguan kecemasan untuk membuat pilihan perawatan diri sehingga memungkinkan klien terlibat dalam aktivitas pengalihan, bimbingan yang diberikan dapat berupa bimbingan fisik maupun mental. Dukungan keluarga meningkatkan mekanisme koping dalam menurunkan stresor dan kecemasan.