

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparatomi

2.1.1 Definisi Laparatomi

Laparatomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, 2010). Laparatomi adalah prosedur bedah yang melibatkan sayatan yang dilakukan di dinding perut yang memungkinkan akses ahli bedah ke isi perut untuk mengidentifikasi dan memperbaiki masalah darurat yang telah terjadi termasuk pendarahan (yang dapat terjadi dari hati, limpa, lambung atau usus), sumbatan (obstruksi) atau lubang (perforasi) di usus atau lambung.

Jenis insisi abdomen menurut Grundemann (2005: 133) yaitu:

1) *Midline incision*

Insisi garis tengah dibuat melalui kulit dan jaringan subkutan dari sebuah titik, tetapi di bawah atau di atas umbilicus ke tepat di bawah prosesus xifoideus atau tepat di bawah simfisis pubis. Pembungkus otot rektus kanan dan kiri, dengan isi otot rektusnya, diretraksi ke arah lateral sehingga fasia transversalis dan peritoneum di bawahnya terlihat (Rout, 1991).

2) *Paramedian*

Insisi paramedian dibuat di samping garis tengah, di bagian atas atau bawah abdomen. Pembungkus anterior otot rektus dibagi lateral terhadap garis tengah, dan otot rektus dipisahkan di garis tengah agar pembungkus

otot rektus dan peritoneum terlihat. Insisi ini diperkirakan akan sembuh dengan cepat karena besarnya aliran darah, dan dianggap memberikan kesembuhan paling kuat karena otot rektus tetap utuh dan menjadi pelindung garis jahitan (Rout, 1991)

3) *Transversus*

Insisi transversus dibuat melalui kulit dan jaringan subkutis dari satu batas lateral otot rektus ke batas lain pada ketinggian tertentu di dinding abdomen. Kedua pembungkus otot rektus anterior dipajankan dan dipotong secara transversal dari batas lateral salah satu otot ke batas lateral otot lain. Selubung rektus posterior, fascia transversalis, line alba, dan peritoneum diinsisi secara berhati-hati (Rout, 1991)

4) *Pfannenstiel*

Insisi pfannenstiel biasanya digunakan untuk operasi panggul. Insisi ini dirancang untuk menghasilkan efek kosmetik maksimum: jaringan parut akan berada di dalam daerah yang ditutupi oleh rambut pubis. Selubung rektus anterior diinsisi secara transverses dan peritonium disayat secara vertikal. Hati-hati terhadap kandung kemih karena organ ini terletak tepat di bawah sayatan ini (Rout, 1991)

5) *Mc Burney*

Insisi Mc burney adalah sebuah insisi yang sangat pendek di kuadran bawah kanan abdomen dan memberikan pajanan yang terbatas. Insisi ini dikerjakan untuk apendiktomi.

2.1.2 Indikasi Laparatomi

Menurut Jitowiyono (2010) indikasi pembedahan laparatomi yaitu:

- 1) Peritonitis
- 2) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal bleeding*)
- 3) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 4) Terdapat masa pada abdomen

2.1.3 Komplikasi Post Laparatomi

Menurut Jitowiyono (2010) komplikasi post operasi laparatomi yaitu:

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis

Setelah hari ke 7-14 postoperasi biasanya tromboflebitis mulai muncul.

Bahaya yang ditimbulkan dari tromboflebitis yaitu bila darah lepas dari dinding pembuluh darah vena kemudian ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru hati dan otak. Namun dapat dicegah dengan latihan kaki post operasi, ambulatori dini dan kaos kaki TED yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatori.

- 2) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah *Staphylococcus aureus*, organisme gram positif. *Staphylococcus* mengakibatkan munculnya nanah. Namun dapat dicegah dengan perawatan luka dengan memperhatikan teknik aseptik dan non aseptik.

- 3) Buruknya integritas kulit karena dehiscensi luka atau eviserasi

Terbukanya tepi-tepi luka disebut dehiscensi luka. Sedangkan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi disebut eviserasi. Penyebabnya yaitu

infeksi luka, dinding abdomen yang mengalami ketegangan berat akibat batuk dan muntah dan kesalahan menutup pada waktu pembedahan.

2.1.4 Tindakan Keperawatan Post Laparatomi

Menurut Jitowiyono (2010) perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Tindakan keperawatan meliputi:

- 1) Monitor tanda-tanda vital, intake dan output, kesadaran dan CVP
- 2) Observasi *drainage* (warna, jumlah) dan pertahankan drain agar tidak tercabut
- 3) Perawatan luka post operasi secara steril.

2.1.5 Tujuan Perawatan Post Laparatomi

Menurut Jitowiyono (2010) tujuan perawatan setelah operasi yaitu:

- 1) Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- 4) Mempertahankan konsep diri pasien
- 5) Mempersiapkan pasien pulang

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan berasal dari bahasa latin "*angere*" yang berarti untuk menghadapi (*to strange*) atau untuk distress. Hal ini berkaitan dengan kata "*anger*" yang berarti "kesedihan" atau "masalah". Kecemasan juga berkaitan dengan kata "*to anguish*" yang menggambarkan adanya nyeri akut,

penderitaan dan distress (Stuart, 1998 dalam Muttaqin, 2009: 72). Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya dan merupakan keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart 2006: 144).

Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian individu yang subjektif yang dipengaruhi alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya. Ansietas merupakan istilah yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi atau menyertai kondisi situasi kehidupan dan berbagai gangguan kesehatan (Dalami, 2009: 65).

2.2.2 Faktor Predisposisi Kecemasan

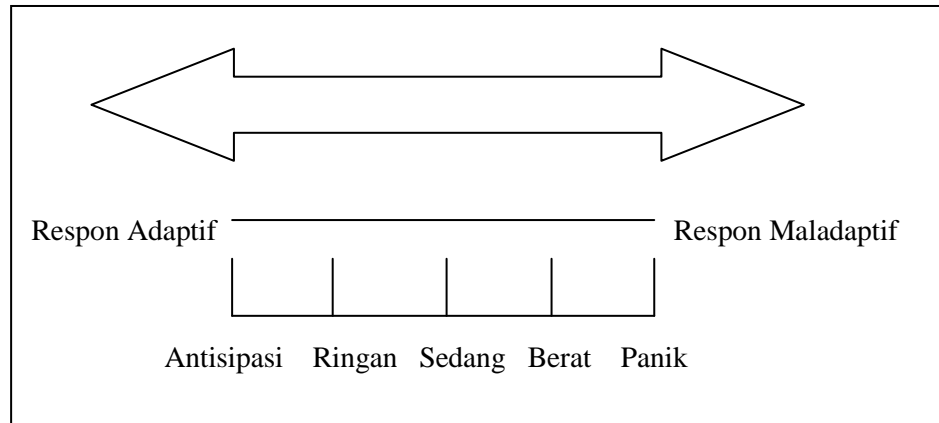
Menurut Stuart & Sundeen (2005) beberapa teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan. Diantaranya dalam pandangan psikoanalitik, pandangan interpersonal, pandangan perilaku, kajian keluarga, dan kajian biologis.

2.2.3 Faktor Presipitasi Kecemasan

Faktor presipitasi dibagi menjadi dua (Stuart & Sundeen, 2005), yaitu:

- 1) Ancaman terhadap integritas biologi seperti penyakit, trauma fisik, dan menurunnya kemampuan fisiologis untuk melakukan aktifitas sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap konsep diri dan harga diri seperti proses kehilangan, perubahan peran, perubahan lingkungan dan status ekonomi.

2.2.4 Rentang Respon Kecemasan



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

2.2.5 Tingkat Kecemasan

Menurut Dalami (2009) tingkat kecemasan dikelompokkan menjadi:

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat lapangan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada.

2) Kecemasan sedang

Pada tingkat ini, lapangan persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan hal-hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain.

3) Kecemasan berat

Pada ansietas berat lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berpikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain.

4) 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.

2.2.6 Respon Fisiologi Tubuh

Tabel. 2.1 Respon Fisiologi Tubuh Terhadap Kecemasan

Sistem Tubuh	Respon
Sistem Kardiovaskuler	Palpitasi Jantung berdebar Tekanan darah meningkat Denyut nadi menurun Rasa mau pingsan
Sistem Respirasi	Napas cepat Pernapasan dangkal Rasa tertekan pada dada Pembengkakan pada tenggorokan Rasa tercekik Terengah-engah
Sistem Neuromuskular	Refleks meningkat Reaksi terkejut Mata berkedip-kedip Insomnia Tremor Ragiditas Gelisah, mondar-mandir Wajah tegang Kelemahan umum Tungkai lemah Gerakan yang janggal
Sistem Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan Menolak makan Perasaan dangkal Rasa tidak nyaman pada abdominal Rasa terbakar pada jantung Nausea Diare
Sistem Perkemihan	Inkontinensia urine Sering miksi
Sistem Integumen	Rasa terbakar Berkeringat banyak pada telapak tangan Gatal-gatal

Perasaan panas atau dingin pada kulit
Muka pucat
Berkeringat seluruh tubuh

Sumber: Stuart (2006: 148-149)

2.2.7 Respon Perilaku, Kognitif dan Afektif

Tabel 2.2 Respon Perilaku, Kognitif, dan Afektif Terhadap Kecemasan

Sistem	Respon
Perilaku	Gelisah Ketegangan fisik Tremor Gugup bicara cepat Tidak ada koordinasi Kecenderungan untuk celaka Menarik diri Menghindar Terlambat melakukan aktifitas
Kognitif	Gangguan perhatian Konsentrasi hilang Pelupa Salah tafsir Adanya bloking pada pikiran Menurunnya lapangan persepsi Kreatifitas dan produktifitas menurun Bingung Rasa khawatir yang berlebihan Kehilangan penilaian objektifitas Takut akan kehilangan kendali
Afektif	Mudah terganggu Tidak sabar Gelisah Tegang Gugup Ketakutan Waspada Kekhawatiran Mati rasa Rasa bersalah Malu

Sumber: Stuart (2006: 149-150)

2.2.8 Mekanisme Koping

Ketika klien mengalami kecemasan atau ansietas, individu menggunakan bermacam-macam mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Dalam bentuk ringan ansietas dapat diatasi dengan menangis, tertawa, tidur, atau olah raga. Bila terjadi ansietas berat sampai panik akan terjadi ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama perilaku yang patologis, individu akan menggunakan energi yang lebih besar untuk dapat mengatasi ancaman tersebut (Dalami, 2009). Mekanisme koping untuk mengatasi ansietas:

1) Reaksi yang berorientasi pada tugas (*task oriented reaction*)

Merupakan pemecahan masalah secara sadar yang digunakan untuk menganggulangi ancaman stressor yang ada secara realistis yaitu:

Tabel 2.3 Reaksi yang Berorientasi pada Tugas (*Task Oriented Reaction*)

Reaksi	Definisi
Perilaku menyerang	Biasanya digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar memenuhi kebutuhan
Perilaku menarik diri	Digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun psikologis.
Perilaku kompromi	Digunakan untuk merubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan

Sumber: Dalami (2009)

2) Mekanisme pertahanan ego (*ego oriented reaction*)

Mekanisme ini membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang yang digunakan untuk melindungi diri dan dilakukan secara sadar untuk mempertahankan keseimbangan

Tabel 2.4 Mekanisme Pertahanan Ego (*Ego Oriented Reaction*)

Mekanisme Pertahanan	Definisi
Disosiasi	Pemisahan dari proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.
Identifikasi	Proses dimana seseorang untuk menjadi yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/meniru pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.
Intelektualisasi	Penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
Introjeksi	Suatu jenis identifikasi yang dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, berupa hati nurani.
Kompensasi	Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya
Penyangkalan (<i>denial</i>)	Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. mekanisme pertahanan ini adalah penting sederhana dan primitive.
Pemindahan	Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang atau benda kepada orang lain atau benda yang lain yang biasanya netral atau kurang mengancam dirinya
Proyeksi	Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan, perasaan emosional dan motivasi yang tidak dapat ditoleransi
Isolasi	Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.
Rasionalisasi	Mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk membenarkan perasaan perilaku dan motif yang tidak dapat diterima
Reaksi formasi	Pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari yang bertentangan dengan apa yang

	sebenarnya ia rsakan atau ingin dilakukan
Regresi	Kemunduran akibat stress terhadap perilaku dan merupakan cirri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini
Represi	Pengenyampingan secara tidak sadar tentang pikiran, ingatan yang menyakitkan atau bertentangan dari kesadaran seseorang, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain
Pemisahan	Sikap mengelompokkan orang dianggap semuanya semuanya baik atau semuanya buruk, kegagalan untuk memajukan nilai-nilai positif dan negatif didalam diri seseorang
Sublimasi	Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan normal
Supresi	Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari

Sumber: Dalami (2009)

2.2.9 Penilaian Kecemasan

Salah satu alat pengukuran kecemasan adalah *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)* yang dirancang oleh William W.K Zung, dikembangkan berdasar gejala kecemasan dalam DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Instrumen ini terdiri dari 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan. Setiap pertanyaan dinilai 1–4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu. Terdapat empat tingkat kecemasan dalam skala ini yaitu: normal/tidak cemas, kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat

2.2.10 Hubungan Kecemasan dengan Tindakan Operasi

Kecemasan merupakan reaksi normal yang harus dihadapi dengan sikap terbuka dan membutuhkan penerangan dari tenaga kesehatan yang menanganinya. Pemahaman akan pembedahan dan persiapan mental yang baik akan membuat pasien dan keluarganya tenang (Sjamsuhidajat, 2010). Mental pasien harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada rasa cemas atau takut terhadap penyuntikan, nyeri luka, anastesi, bahkan kemungkinan cacat atau kematian.

2.3 Konsep Pre dan Post Operasi

2.3.1 Fase Pre Operasi

Fase preoperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Muttaqin, 2009: 66). Pemberian pendidikan kesehatan pada fase ini kepada pasien dan keluarga adalah salah satu aspek yang paling penting dari asuhan keperawatan perioperatif. Pemberian pendidikan kesehatan bervariasi tergantung kepada kebutuhan pasien.

Setiap anggota tim bedah akan fokus pada informasi yang berbeda menurut bidangnya. Misalnya, dokter bedah akan membahas dan mendapatkan persetujuan untuk operasi, dokter anastesi akan membahas peran mereka dan apa yang diharapkan dengan efek anastesi, dan perawat akan membahas aspek keperawatan mengenai perawatan dan pendidikan kesehatan. Pengetahuan dan pemahaman tentang apa yang terjadi membantu untuk meredakan kecemasan. Individu juga harus dinilai pengetahuan mereka

sebelumnya sehingga informasi yang diberikan kepada mereka tepat dan juga harus disampaikan dalam bahasa yang dimengerti.

Menurut Koutoukidis (2017) informasi harus mencakup:

- 1) prosedur pra operasi dan alasan untuk prosedur ini seperti puasa, menghentikan terapi antikoagulasi, dll
- 2) persiapan yang diperlukan seperti penyisipan kanula intravena
- 3) informasi mengenai perawatan pasca anestesi
- 4) aktivitas pasca operasi, seperti: nafas dalam, batuk, dan mobilisasi dini
- 5) manajemen nyeri

Menurut Muttaqin (2009: 67) pengkajian pasien pre operasi secara umum dilakukan untuk menggali masalah pada pasien, sehingga perawat dapat menentukan intervensi dengan kondisi pasien. Pengkajian praoperatif secara umum meliputi:

- 1) Pengkajian umum

Pengkajian dilakukan secara komprehensif dimana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien. Pengkajian umum meliputi; identitas pasien, jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan, dan *informed consent*.

- 2) Riwayat kesehatan

Pengkajian dilakukan melalui teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai klasifikasi pembedahan yang meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita dan alasan pasien mencari pengobatan. Riwayat alergi pada suatu obat juga perlu dikaji agar pasien

mendapat pita identifikasi untuk mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat.

3) Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian ini meliputi kecemasan preoperatif, konsep diri, citra diri, sumber coping, kepercayaan spiritual, pengetahuan, dan persepsi pemahaman. Menurut Oswari (2005) pasien sebaiknya diberitahu bahwa selama operasi ia tidak akan merasa sakit karena ahli bius akan selalu menemaninya dan berusaha selama operasi berlangsung penderita tidak akan merasakan apa-apa. Pada operasi besar perlu dijelaskan bahwa jika kehilangan darah bukan berarti keadaan pasien sangat gawat, transfuse darah akan menggantikan darah yang hilang.

4) Pemeriksaan fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari keadaan umum dan tanda-tanda vital meliputi pengukuran tekanan darah, suhu, dan pernafasan, pengkajian tingkat kesadaran, pengkajian status nutrisi, pendekatan *head to toe*, pendekatan persistem, dan keseimbangan cairan elektrolit.

5) Persiapan intestinal

Pembersihan dengan enema atau laksatif mungkin dilakukan pada malam sebelum operasi dan diulang jika tidak efektif. Pembersihan ini dilakukan untuk mencegah defekasi selama anastesi atau untuk mencegah trauma yang tidak diinginkan pada intestinal selama pembedahan abdomen.

6) Persiapan kulit

Tujuan dari persiapan kulit preoperatif adalah untuk mengurangi sumber bakteri tanpa menciderai kulit. Pasien dapat diinstruksikan untuk menggunakan sabun yang mengandung detergen germisida untuk membersihkan area kulit selama beberapa hari sebelum pembedahan. Hal ini dapat mengurangi jumlah organisme yang ada di kulit.

7) Persiapan istirahat dan tidur

Istirahat merupakan hal yang penting untuk penyembuhan normal. Perawat harus memberikan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk pasien karena kecemasan tentang pembedahan dan kondisi penyakit yang membutuhkan tindakan pembedahan laparatomi akan menimbulkan rasa nyeri yang hebat sehingga mengganggu istirahat atau tidur.

8) Persiapan rambut, kosmetik dan perhiasan

Untuk menghindari cedera, perawat meminta pasien untuk melepas jepit rambut, rambut palsu, gigi palsu dan rambut panjang harus dikepang sebelum masuk ruang operasi. Perawat juga meminta pasien untuk melepas perhiasan dan tidak memakai kosmetik karena untuk menentukan status oksigenasi dan sirkulasi.

9) Pengkajian diagnostik

Sebelum menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diganostik yang bertujuan untuk memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Pemeriksaan diagnostik meliputi; pemeriksaan skrining rutin terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit dan serum, sedangkan pemeriksaan skrining

tambahan meliputi; sinar-X, MRI, CT scan, USG *Doppler* dan lainnya sesuai dengan kebutuhan prabedah.

2.3.2 Fase Post Operasi

Fase pascaoperatif adalah suatu kondisi dimana pasien sudah masuk di ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap (Muttaqin, 2009: 134). Pendidikan post operasi tidak hanya penting untuk mengurangi risiko komplikasi pasca operasi, tetapi juga memungkinkan individu untuk mengambil peran aktif dalam pemulihan mereka dan membantu mengontrol keadaan mereka setelah operasi. Pasien juga diberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan memastikan bahwa pasien sudah memahami informasi tersebut (Koutoukidis *et al.* 2017).

Menurut Tollefson *et al.* (2016) pendidikan kesehatan setelah operasi memungkinkan pasien untuk:

- 1) Memiliki pemahaman yang lebih mengenai operasi
- 2) Merasa lebih memegang kendali
- 3) Mengalami penurunan nyeri pasca operasi dan kecemasan
- 4) Memiliki penurunan tinggal di rumah sakit

Pendidikan kesehatan pasca operasi meliputi;

- 1) Nafas dalam dan batuk

Nafas dalam dan batuk dapat meningkatkan oksigenasi darah dan meningkatkan ekspansi paru serta membantu memfasilitasi pertukaran gas dan meludah akumulasi lendir di paru-paru. Ini adalah latihan yang signifikan bagi pasien untuk menyelesaikan selama periode pasca-operasi mereka untuk membantu mengurangi risiko komplikasi pernapasan

termasuk pneumonia. Selama latihan ini, individu diperintahkan untuk mengambil napas dalam-dalam, diikuti dengan napas pendek dan batuk. Jika memiliki luka, pasien juga akan dididik melindungi bagian yang sakit dengan tangan atau bantal selama latihan ini (Koutoukidis *et al*, 2017).

2) Mobilisasi dini

Pasien juga akan dididik tentang melakukan latihan kaki tempat tidur dan manfaat dari mobilisasi dini (jika mampu) mengikuti operasi untuk mengurangi risiko pembentukan thrombosis vena. Latihan dan mobilisasi membantu merangsang sirkulasi darah dan meningkatkan aliran balik vena yang kemudian menurunkan resiko pembentukan bekuan darah dari vena stasis. Namun terkadang bisa sulit bagi individu untuk berpartisipasi dalam latihan gerakan pasca operasi karena sakit, mual atau pusing. Perawat harus memastikan faktor-faktor ini dikendalikan untuk mempromosikan mobilisasi dini. Manfaat dari mobilisasi dini antara lain:

- (1) Pencegahan komplikasi pernafasan karena pernapasan dalam yang mempromosikan ekspansi paru
- (2) Pencegahan komplikasi vaskular karena efek merangsang ambulasi memiliki dalam sistem peredaran darah
- (3) Meningkatkan kekuatan otot
- (4) Membantu eliminasi
- (5) Mengurangi risiko pembentukan cedera tekanan

Menurut Kasdu (2003) mobilisasi dini post operasi laparatomi harus dilakukan secara bertahap. Tahap-tahap mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus

tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan untuk miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah thrombosis dan thromboemboli. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan.

3) Manajemen nyeri

Pasien juga harus dididik tentang manajemen nyeri dan apa yang diharapkan setelah operasi ini. Seringkali pasien akan khawatir tentang nyeri pasca operasi mereka, oleh karena itu penting bahwa ajaran pra operasi melibatkan memberikan kepastian pasien serta pendidikan tentang manajemen nyeri. Hal ini juga penting bahwa pasien adalah pendidikan pada skala penilaian nyeri yang akan digunakan selama periode pasca operasi mereka. Hal ini terutama penting jika pasien akan menggunakan pasien yang dikontrol analgesia perangkat (Farrell & Dempsey 2013 dalam Tollefson *et al*, 2016).

4) Nutrisi mempercepat penyembuhan luka

Perbaikan jaringan normal dan resistensi terhadap infeksi bergantung pada status nutrisi yang cukup. Pembedahan akan meningkatkan kebutuhan nutrisi setelah pembedaahn, pasien akan membutuhkan minimal 1500 kkal/hari untuk mempertahankan cadangan energi. Peningkatan protein, vitamin A dan C serta zat besi akan mempercepat penyembuhan luka (Muttaqin, 2009: 80). Salah satu komplikasi yang paling umum setelah operasi adalah sembelit. Oleh karena itu pendidikan tentang strategi untuk

meringankan dan mencegah sembelit adalah penting. Pasien harus didorong untuk memobilisasi awal dan untuk memastikan bahwa setelah mereka dapat mentolerir diet dan cairan, mereka mempertahankan asupan cairan yang cukup dan makan makanan tinggi serat (Koutoukidis *et al*, 2017).

Adapun syarat diet pasca bedah adalah memberikan makanan secara (cair-saring-lunak-biasa). Pemberian makanan dari tahap ke tahap tergantung macam pembedahan dan keadaan pasien. Terdapat 3 jenis diet dengan indikasi pemberian sebagai berikut (Almatsier, 2010):

(1) Diet pasca bedah I

Diet ini diberikan kepada semua pasien pasca bedah baik bedah kecil (setelah sadar atau rasa mual hilang) maupun bedah besar (setelah sadar atau mual hilang serta ada tanda-tanda usus mulai bekerja) selama 6 jam sesudah pembedahan, makanan yang diberikan berupa air putih, the manis, atau cairan lain seperti pada makanan cair jernih. Makanan ini diberikan dalam waktu sesingkat mungkin, karena kurang dalam semua zat gizi. Selain itu diberikan makanan parenteral sesuai kebutuhan.

(2) Diet pasca bedah II

Diet pasca-bedah II diberikan kepada pasien pascabedah besar saluran cerna atau sebagai perpindahan dari Diet Pasca Bedah I. Makanan diberikan dalam bentuk cair kental, berupa kaldu jernih, sirup, sari buah, sup, susu, dan puding rata-rata 8-10 kali sehari selama pasien tidak tidur. Jumlah cairan yang diberikan tergantung keadaan dan

kondisi pasien. Selain itu dapat diberikan makanan parenteral bila diperlukan. DPB II diberikan untuk waktu sesingkat mungkin karena zat gizinya kurang. Makanan yang tidak boleh diberikan pada diet pasca-bedah II adalah air jeruk dan minuman yang mengandung karbondioksida.

(3) Diet pasca bedah III

Diet Pasca-Bedah III diberikan kepada pasien pascabedah besar saluran cerna atau sebagai perpindahan dari diet pasca-bedah II. Makanan yang diberikan berupa makanan saring ditambah susu dan biscuit. Cairan hendaknya tidak melebihi 2000 ml sehari. Selain itu dapat memberikan makanan parenteral bila diperlukan. Makanan yang tidak dianjurkan adalah makanan dengan bumbu tajam dan minuman yang mengandung karbondioksida.

(4) Diet pasca bedah IV

Diet pasca bedah IV diberikan kepada:

1. Pasien pasca bedah kecil, setelah diet pasca-bedah I
2. Pasien pascabedah besar, setelah diet pasca-bedah III

Makanan diberikan berupa makanan lunak yang dibagi dalam 3 kali makanan lengkap dan 1 kali makanan selingan.

5) Pemantauan luka

Prinsip utama dalam perawatan luka adalah pembersihan, penutupan dan perlindungan luka. Pembalut luka steril biasanya diganti setelah 48 jam bila luka bersih dan kering. Jahitan di daerah badan dibuka pada hari ke-7 sampai ke-10. Pada pasien lanjut usia, malnutrisi, diabetes atau dalam

pengobatan kortikosteroid, jahitan dibuka lebih lama. Anjurkan pasien untuk memantau luka operasi untuk melihat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, odem, nyeri, atau ada pengeluaran cairan purulen (nanah). Bila ada jaringan nekrosis, dieksisi. Perawatan *drainage* pasca bedah harus selalu dilakukan secara aseptik pada permukaan kulit dengan pembalut steril. Pembalut yang basah harus diganti setiap 24 jam atau setiap kali pembalut sudah jenuh dengan cairan. Banyaknya cairan yang keluar perlu dicatat setiap hari. Warna cairan yang keluar, volume cairan yang keluar jika kurang dari 20mL/hari perlu dilaporkan agar drain dicabut (Sjamsuhidajat, 2010).

2.4 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk

memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan (Notoatmojo 2012). Sementara menurut Nyswander (1947) dalam Susilo (2011) Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan bukanlah suatu yang dapat diberikan oleh seseorang kepada orang lain dan bukan pula sesuatu rangkaian tata laksana yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai, melainkan suatu proses perkembangan yang selalu berubah secara dinamis dimana seseorang dapat menerima atau menolak keterangan baru, sikap baru dan perilaku baru yang ada hubungannya dengan tujuan hidup.

2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan perilaku sehat individu maupun masyarakat, pengetahuan yang relevan dengan intervensi dan strategi pemeliharaan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, serta mengelola (memberikan perawatan) penyakit kronis di rumah. Tujuan pendidikan kesehatan tidak hanya mempersiapkan pasien untuk operasi mereka, tetapi juga untuk mempersiapkan mereka untuk apa yang diharapkan setelah operasi. Tujuan pendidikan kesehatan agar terjadi perubahan sikap

dan tingkah laku individu, keluarga, kelompok khusus, dan masyarakat dalam membina serta memelihara perilaku hidup sehat serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Selain hal tersebut, tujuan dan manfaat pendidikan kesehatan ialah:

- 1) Menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat.
- 2) Menolong individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- 3) Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
- 4) Agar penderita (masyarakat) memiliki tanggung jawab yang lebih besar pada kesehatan (dirinya).
- 5) Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi parah dan mencegah penyakit menular.
- 6) Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi pribadi, keluarga dan masyarakat umum sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat kesehatan masyarakat.
- 7) Meningkatkan pengertian terhadap pencegahan dan pengobatan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan oleh perubahan gaya hidup dan perilaku sehat sehingga angka kesakitan terhadap penyakit tersebut berkurang (Notoatmodjo, 2007)

2.4.3 Batasan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau

masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik. Menurut Notoatmodjo (2007), Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni:

- 1) *Input* adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan)
- 2) Proses adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain
- 3) *Output* adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku

Hasil (output) yang diharapkan dari suatu promosi kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut

- 1) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau perubahan perilaku negative ke perilaku positif

- 2) Pembinaan perilaku

Pembinaan ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap dipertahankan kesehatannya.

- 3) Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak, pengembangan perilaku kesehatan bagi anak seyogyanya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

2.4.4 Media Pendidikan Kesehatan

1) Definisi Media

Menurut Notoatmodjo (2009) media pendidikan kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan disebut juga sebagai alat peraga karena berfungsi membantu memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan atau pengajaran. Media pendidikan kesehatan adalah alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien (Fitriani, 2011: 176)

2) Manfaat media

Menurut Maulana (2009: 173) manfaat media sebagai berikut:

- (1) Menimbulkan minat sasaran
- (2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- (3) Membantu mengatasi banyak hambatan dalam pehaman
- (4) Merangsang sasaran untuk meneruskan pesan pada orang lain
- (5) Memudahkan penyampaian informasi
- (6) Memudahkan penerimaan informasi oleh sasaran
- (7) Mendorong keinginan untuk mengetahui, mendalami, dan mendapat pengertian yang lebih baik
- (8) Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh yaitu menegakkan pengetahuan yang telah diterima sehingga apa yang diterima lebih lama tersimpan dalam ingatan.

3) Macam-macam media pendidikan kesehatan

Menurut Nursalam (2008) Pemilihan media pendidikan kesehatan ditentukan oleh banyaknya sasaran, keadaan geografis, karakteristik partisipan, dan sumber daya pendukung. Media yang dapat dipergunakan adalah:

(1) Media cetak: *leaflet* atau *pamflet*, *booklet*, lembar balik, dan *flashcar*.

a) *Leaflet* atau *Pamflet*

Selembar kertas yang berisi tulisan cetak tentang sesuatu masalah khusus untuk sasaran yang dapat membaca.

b) *Booklet*

Media ini berbentuk buku kecil yang berisis tulisan atau gambar atau kedua-duanya. Sasarannya adalah manusia yang dapat membaca.

c) Lembar balik

Lembar balik (*flipchart*) adalah peraga yang menyerupai kalender balik bergambar yang terdiri atas lembaran-lembaran yang berukuran besar dan kecil.

d) *Flashcard*

Sejumlah kartu bergambar berukuran 25 x 30cm. gambar-gambarnya bisa dibuat dengan tangan atau dicetak dari foto-foto dan diberi nomor urut.

(2) Media elektronik: radio, televisi, multi media, dan video

a) Radio

Radio merupakan salah satu media audio yang penyampaian pesannya dilakukan melalui pancaran gelombang elektromagnetik dari radio pemancar (Supariasa, 2012: 37)

b) Televisi

Televisi adalah media yang dapat menampilkan pesan secara audiovisual dan gerak (sama dengan film) (Supariasa, 2012: 44)

c) Multimedia

Multimedia merupakan suatu sistem penyampaian dengan menggunakan berbagai jenis bahan belajar yang membentuk suatu unit atau paket, contohnya suatu modul belajar yang terdiri atas bahan cetak, bahan audio, dan bahan audiovisual (Supariasa, 2012: 45).

d) Video

Menurut Cheppy Riyana (2007) media video pembelajaran adalah media yang menyajikan audio dan visual yang berisi pesan-pesan pembelajaran baik yang berisi konsep, prinsip, prosedur untuk membantu pemahaman terhadap suatu materi pembelajaran.

Tujuan video untuk pembelajaran yaitu:

- 1) Memperjelas dan mempermudah penyampaian pesan agar tidak terlalu verbalistis.
- 2) Mengatasi keterbatasan waktu, ruang, dan daya indera peserta didik maupun instruktur

3) Dapat digunakan secara tepat dan bervariasi.

Kriteria Media Video

Menurut Cheppy Riyana (2007:11-14) pengembangan dan pembuatan video pembelajaran harus mempertimbangkan kriteria sebagai berikut:

1) Tipe Materi

Media video cocok untuk materi pelajaran yang bersifat menggambarkan suatu proses tertentu, sebuah alur demonstrasi, sebuah konsep atau mendeskripsikan sesuatu.

2) Durasi waktu

Media video memiliki durasi yang lebih singkat yaitu sekitar 20-40 menit, berbeda dengan film yang pada umumnya berdurasi antara 2- 3,5 jam. Mengingat kemampuan daya ingat dan kemampuan berkonstentrasi manusia yang cukup terbatas antara 15-20 menit, menjadikan media video mampu memberikan keunggulan dibandingkan dengan film.

3) Format Sajian

Video pada umumnya disajikan dengan format dialog dengan unsur dramatiknya yang lebih banyak untuk video pembelajaran mengutamakan kejelasan dan penguasaan materi.

4) Ketentuan Teknis

Menurut Cheppy Riyana (2007:13) media video tidak terlepas dari aspek teknis yaitu kamera, teknik pengambilan gambar, teknik pencahayaan, *editing*, dan suara. Pembelajaran lebih

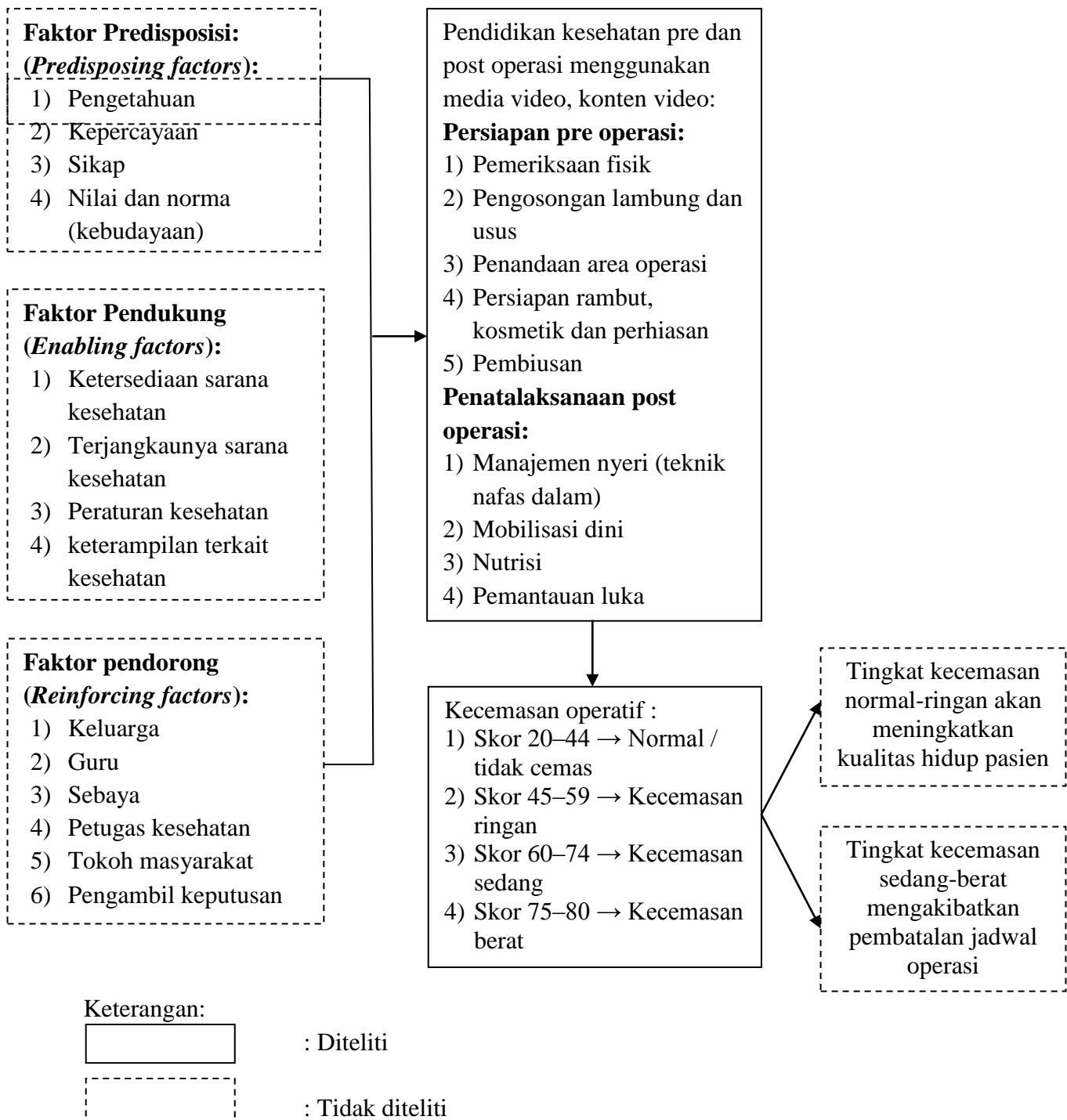
menekankan pada kejelasan pesan, dengan demikian, sajian-sajian yang komunikatif perlu dukungan teknis

5) Penggunaan Musik dan *Sound Effect*

Beberapa ketentuan tentang music dan sound effect

menurut Cheppy Riyana (2007:14) yaitu musik untuk pengiring suara sebaiknya dengan intensitas volume yang lemah (*soft*) sehingga tidak mengganggu sajian visual dan narrator dan musik yang digunakan sebagai *background* sebaiknya musik instrumen.

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Pre dan Post Operasi Menggunakan Media Video Terhadap Kecemasan pada Pasien Laparatomi di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Berbasis Model Teori Lawrence Green.

2.5.1 Penjelasan Konsep

Menurut teori Lawrence Green, ada 3 faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Pengaruh pendidikan kesehatan pre dan post operasi menggunakan media video pada pasien laparatomi di RSUD Mardi waluyo Blitar berdasarkan pendekatan Teori Lawrence green dipengaruhi oleh 3 faktor, antara lain: faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu: sikap, keyakinan, pengetahuan, kepercayaan, nilai dan norma. Sedangkan faktor pendukung (*enabling factors*) yaitu: adanya sarana kesehatan, terjangkaunya sarana kesehatan, peraturan kesehatan, dan keterampilan terkait kesehatan. Faktor pendorong (*reinforcing factors*) yaitu: keluarga, guru, sebaya, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, dan pengambil keputusan.

Faktor predisposisi pengetahuan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pendidikan kesehatan pre dan post operasi menggunakan media video terhadap kecemasan pasien laparatomi di RSUD Mardi Waluyo Blitar. Kecemasan pre operatif dimungkinkan karena belum adanya pengetahuan responden tentang prosedur, tujuan dan manfaat dari tindakan operasi tersebut, dan adanya informasi yang diperoleh seseorang melalui pengalaman atau cerita orang lain yang belum tentu kebenarannya sehingga membuat kecemasan seseorang akan meningkat (Kurniawan dkk, 2013: 7). Konten dalam video ini meliputi persiapan pre operasi yaitu pemeriksaan fisik, pengosongan lambung dan usus, penandaan area operasi, persiapan rambut, kosmetik dan perhiasan, pembiusan. Sedangkan penatalaksanaan post operasi yaitu manajemen nyeri (teknik nafas dalam), mobilisasi dini, nutrisi, dan pemantauan luka. Setelah pasien diberikan informasi mengenai persiapan pre

operasi dan penatalaksanaan post operasi, tingkat kecemasan pasien dapat mengalami penurunan namun juga dapat mengalami peningkatan. Jika setelah diberikan informasi kecemasan pasien menjadi normal sampai ringan, maka akan meningkatkan kualitas hidup pasien, sedangkan jika kecemasan pasien menjadi sedang sampai berat maka kemungkinan akan terjadi pembatalan jadwal operasi.

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2015). Hipotesis pada penelitian ini adalah:

H1: Ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan pre dan post operasi menggunakan media video terhadap kecemasan pada pasien laparatomi di RSUD Mardi Waluyo Blitar.