

EDUKASI PERIOPERATIF

Edukasi merupakan aktifitas yang tidak dapat dihindari bagi perawat dan calon perawat khususnya di perguruan tinggi ataupun di Rumah Sakit. Oleh karena itu, sebagai masyarakat ilmiah, pengajar, peneliti hingga mahasiswa keperawatan perlu mengetahui dan memiliki keterampilan memberikan edukasi. Dengan memiliki keterampilan memberikan edukasi menggunakan media dan sumber yang benar, ini tidak hanya memberi manfaat untuk kelancaran proses asuhan keperawatan perioperatif tetapi juga memberi manfaat meningkatkan pengetahuan, menurunkan kecemasan serta meningkatkan kesiapan pasien dalam menjalani pembedahan serta memberi manfaat untuk kepentingan ilmiah lainnya (seminar, pelatihan dan lain sebagainya).

Buku ini menguraikan informasi perioperatif dengan teknik penyampaian penulisan informasi yang lebih efektif, lebih menarik dan mudah dipahami karena menggunakan gambar dan keterangan yang baik untuk diketahui oleh pemberi dan penerima edukasi. Selain itu, di buku ini diterangkan pula bagaimana pengaruh pemberian edukasi dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesiapan pasien serta mengaitkannya dengan hasil penelitian yang telah lakukan. Apa saja edukasi penting yang harus diberikan kepada pasien sebelum operasi, ketika di kamar operasi dan setelah operasi, dibuat se sistematis mungkin sesuai dengan pengalaman para penulis dengan tujuan agar memudahkan para pembaca untuk menjalankannya.

Buku ini dapat dibaca oleh mahasiswa keperawatan, pengajar dan peneliti keperawatan serta perawat di rumah sakit khususnya ruang perawatan bedah yang akan memberikan edukasi perioperatif kepada pasien. Disamping itu dapat pula dibaca oleh pasien itu sendiri yang ingin mengetahui bagaimana dirinya ketika nanti akan menjalani operasi dan informasi apa yang harus diketahuinya untuk meningkatkan kesiapannya.

Buku Referensi

EDUKASI PERIOPERATIF: Persiapan Hingga Pelaksanaan pada Pasien Laparatomi

EDUKASI PERIOPERATIF

Persiapan Hingga Pelaksanaan
pada Pasien Laparatomi

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep., M.B.
Dr. Ennimay, S.Kep., M.Kes.
Ns. Dipa Handra, S.Kep.
Ns. Tengku Atika Rahmanisa, S.Kep.

EDUKASI PERIOPERATIF

Persiapan hingga Pelaksanaan pada Pasien Laparatomi

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

1. Seseorang yang tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana diatur dalam pasal 9 ayat 1 untuk penggunaan komersial dapat dihukum penjara maksimal 1 tahun dan/atau denda maksimal Rp100.000.000.
2. Seseorang yang tanpa izin dari pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana diatur dalam pasal 9 ayat 1 huruf c, huruf d, huruf f, dan huruf h untuk penggunaan komersial dapat dihukum penjara maksimal 3 tahun dan/atau denda maksimal Rp500.000.000.
3. Seseorang yang tanpa hak dan/atau tanpa izin dari pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana diatur dalam pasal 9 ayat 1 huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan komersial dapat dihukum penjara maksimal 4 tahun dan/atau denda maksimal Rp1.000.000.000.
4. Jika pelanggaran dilakukan dalam bentuk pembajakan, pelaku dapat dihukum penjara maksimal 10 tahun dan/atau denda maksimal Rp4.000.000.000.

EDUKASI PERIOPERATIF

Persiapan hingga Pelaksanaan pada Pasien Laparatomi

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.M.B.

Dr. Ennimay, S.Kep., M.Kes.

Ns. Dipa Handra, S.Kep.

Ns. Tengku Atika Rahmanisa, S.Kep.

EDUKASI PERIOPERATIF: PERSIAPAN HINGGA PELAKSANAAN PADA PASIEN LAPARATOMI

Penulis

Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.M.B.

Dr. Ennimay, S.Kep., M.Kes.

Ns. Dipa Handra, S.Kep.

Ns. Tengku Atika Rahmanisa, S.Kep.

Tata Letak

Zainul Muttaqin

Desain Sampul

Marista Indy

15.5 x 23 cm, xvi + 77 hlm.

Cetakan pertama, Desember 2023

ISBN: 978-623-466-377-8

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,

Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571

e-mail: zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta

No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

UCAPAN TERIMA KASIH

Bismillahirrahmanirrahim

Puji syukur ke hadirat Allah Tabaraka Ta'ala atas limpahan Kasih Sayang-Nya, penyusunan buku "Edukasi Perioperatif: Persiapan hingga Pelaksanaan pada Pasien Laparatomi" untuk bidang keperawatan dapat diselesaikan. Selawat dan salam kami sampaikan pula kepada Nabi kami, Nabi Muhammad Shalallaahu Alaihi Wassalaam, atas teladannya.

Terbitnya buku ini, tidak lepas dari peran dan dukungan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini, selaku penulis, kami ingin menyampaikan terima kasih kepada semua guru kami yang telah memberikan ilmu bermanfaat, Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Propinsi Riau atas dukungan dan izin penelitian, Sejawat Perawat Kamar Bedah dan Rawat Inap Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Propinsi Riau yang telah sabar membantu, Sejawat Dosen kami di Fakultas Kesehatan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru (PSIK UHTP), khususnya di Departemen Keperawatan Medikal Bedah dan Keperawatan Gawat Darurat yang telah memberikan motivasi kepada kami.

PRAKATA

Buku *Edukasi Perioperatif: Persiapan hingga Pelaksanaan pada Pasien Laparatomi* ini merupakan buku penting yang diperlukan untuk para mahasiswa, para peneliti, dosen peneliti dan perawat di rumah sakit selaku edukator. Penulisan buku referensi ini berdasarkan keinginan penulis untuk berbagi pengalaman baik kepada mahasiswa, sesama peneliti dan penulis lainnya dengan keinginan sama, yaitu keinginan untuk membuat tulisan ilmiah yang menjadi dasar dalam memberikan edukasi untuk meningkatkan kesiapan pasien yang akan menjalani operasi. Faktanya seorang edukator atau pemberi edukasi, baik itu mahasiswa maupun perawat belum dinyatakan memberikan edukasi secara tuntas jika dirinya belum menerapkan dan mendokumentasikan setiap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam dunia kesehatan berbasis bukti yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional. Di samping itu, berbagai masalah terkait apa yang diedukasi juga banyak dimiliki oleh para pemberi edukasi. Untuk itu, dibutuhkan keterampilan dalam menyampaikan edukasi berdasarkan sumber yang benar sehingga para calon edukator dapat menghasilkan edukasi perioperatif yang layak diberikan.

Selanjutnya, buku ini menyajikan beberapa alasan tentang pentingnya edukasi perioperatif diberikan untuk kesiapan pasien yang akan menjalani operasi dan bagaimana edukasi yang diberikan berdampak pada penurunan tingkat kecemasan pasien dirawat inap bedah sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan. Penjelasan dan uraian dari buku ini dibuat secara rinci dan mudah dipahami sesuai dengan pengalaman kami sebagai penulis dengan tujuan membantu para pembaca dalam menghasilkan edukasi yang baik diberikan kepada pasien. Buku ini juga dilengkapi dengan beberapa artikel hasil karya kami sebagai penulis yang dapat digunakan sebagai referensi artikel yang telah dipublikasikan pada jurnal nasional.

Dengan segala kekurangannya, selaku penulis, kami memohon maaf terhadap kesalahan penulisan atau penggunaan rujukan yang ada dalam buku ini. Kami, akan terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan penulisan pada edisi berikutnya. Semoga buku ini bermanfaat bagi peningkatan profesionalisme perawat dalam pemberian asuhan keperawatan perioperatif. Akhir kata kami ucapkan, selamat membaca.

Tim Penulis

PENDAHULUAN

Buku ini dipersiapkan sebagai bahan referensi bagi kalangan akademisi (mahasiswa, pengajar dan peneliti) dan perawat (praktisi) dalam memberikan edukasi perioperatif kepada pasien. Bagi kalangan Edukasi Perioperatif untuk Bidang Keperawatan ini merupakan buku penting yang diperlukan untuk para mahasiswa, para peneliti, dosen peneliti dan perawat di rumah sakit selaku edukator. Penulisan buku referensi ini berdasarkan keinginan penulis untuk berbagi pengalaman baik kepada mahasiswa, sesama peneliti dan penulis lainnya dengan keinginan sama, yaitu keinginan untuk membuat tulisan ilmiah yang menjadi dasar dalam memberikan edukasi untuk meningkatkan kesiapan pasien yang akan menjalani operasi. Faktanya seorang edukator atau pemberi edukasi, baik itu mahasiswa maupun perawat belum dinyatakan memberikan edukasi secara tuntas jika dirinya belum menerapkan dan mendokumentasikan setiap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam dunia kesehatan berbasis bukti yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional. Disamping itu, berbagai masalah terkait apa yang diedukasi juga banyak dimiliki oleh para pemberi edukasi. Untuk itu, dibutuhkan keterampilan dalam menyampaikan edukasi berdasarkan sumber yang benar sehingga para calon edukator dapat menghasilkan edukasi perioperatif yang layak diberikan.

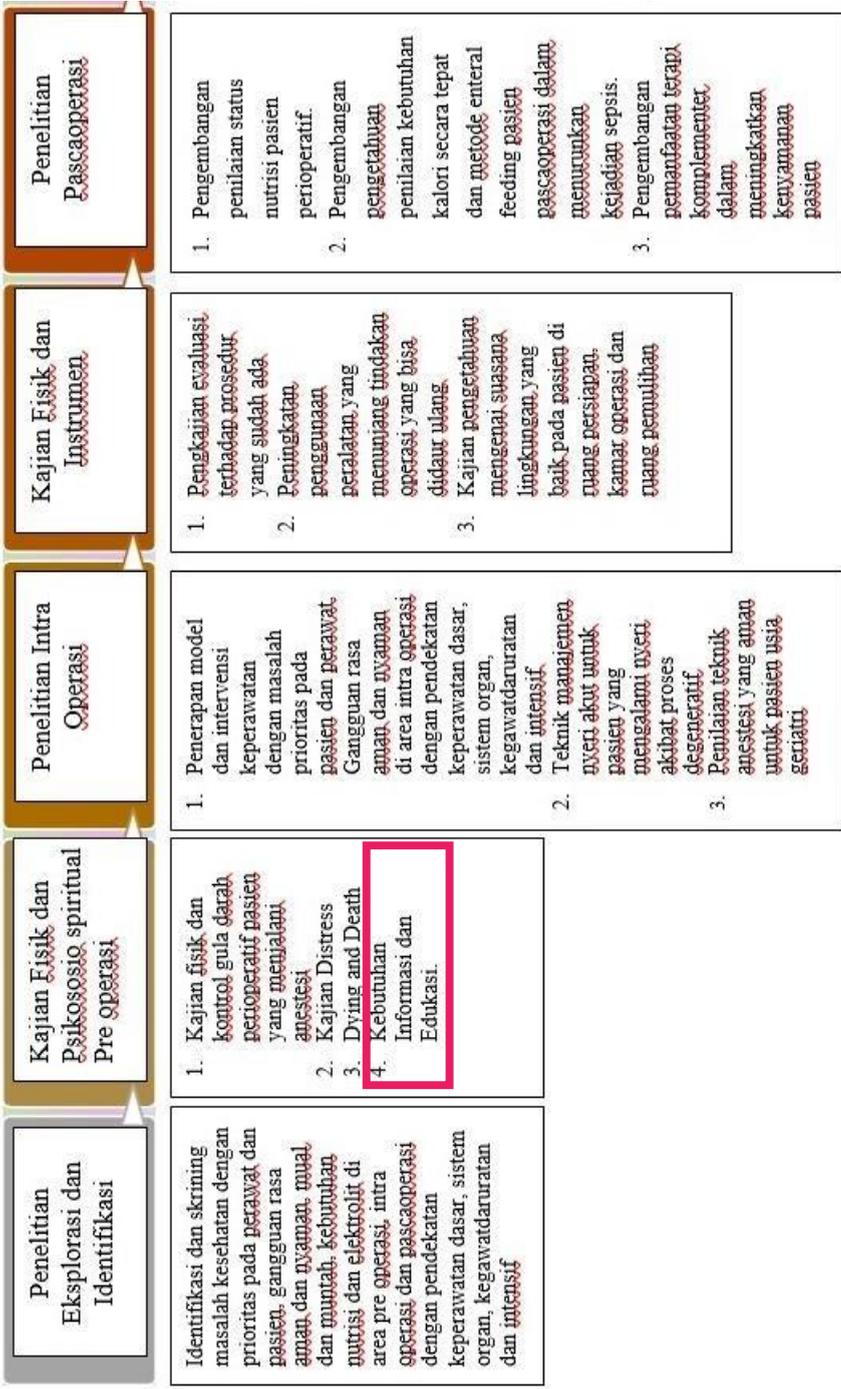
Selanjutnya, buku ini menyajikan beberapa alasan tentang pentingnya edukasi perioperatif diberikan untuk kesiapan pasien yang akan menjalani operasi dan bagaimana edukasi yang diberikan berdampak pada penurunan tingkat kecemasan pasien di rawat inap bedah sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan. Penjelasan dan uraian dari buku ini dibuat secara rinci dan mudah dipahami sesuai dengan pengalaman kami sebagai penulis dengan tujuan membantu para pembaca dalam menghasilkan edukasi yang

baik diberikan kepada pasien. Buku ini juga dilengkapi dengan beberapa artikel hasil karya kami sebagai penulis yang dapat digunakan sebagai referensi artikel yang telah dipublikasikan pada jurnal nasional.

Dengan segala kekurangannya, selaku penulis, kami memohon maaf terhadap kesalahan penulisan atau penggunaan rujukan yang ada dalam buku ini. Kami, akan terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan penulisan pada edisi berikutnya. Semoga buku ini bermanfaat bagi peningkatan profesionalisme perawat dalam pemberian asuhan keperawatan perioperatif. Akhir kata kami ucapkan, selamat membaca.

Tim Penulis

PETA PENELITIAN KEILMUAN



Penelitian Eksplorasi dan Identifikasi

Identifikasi dan skrining masalah kesehatan dengan prioritas pada perawatan pasien, gangguan rasa aman dan nyaman, mual, dan muntah, kebutuhan nutrisi dan elektrolit di area pre operasi, intra operasi dan pascaoperasi dengan pendekatan keperawatan dasar, sistem organ, kegawatdaruratan dan intensif

Kajian Fisik dan Psikososial spiritual Pre operasi

1. Kajian fisik dan kontrol gula darah perioperatif pasien yang mengalami anestesi
2. Kajian Distress
3. Dying and Death
4. Kebutuhan Informasi dan Edukasi.

Penelitian Intra Operasi

1. Penerapan model dan intervensi keperawatan dengan masalah prioritas pada pasien dan perawatan. Gangguan rasa aman dan nyaman di area intra operasi dengan pendekatan keperawatan dasar, sistem organ, kegawatdaruratan dan intensif.
2. Teknik manajemen nyeri akut untuk pasien yang mengalami nyeri akibat proses degeneratif.
3. Pelatihan teknik anestesi yang aman untuk pasien usia geriatric

Kajian Fisik dan Instrumen

1. Pengkajian evaluasi terhadap prosedur yang sudah ada
2. Peningkatan penggunaan peralatan yang menunjang tindakan operasi yang bisa didaur ulang.
3. Kajian pengetahuan mengenai suasana lingkungan yang baik pada pasien di ruang persiapan, kamar operasi dan ruang pemulihan

Penelitian Pascaoperasi

1. Pengembangan penilaian status nutrisi pasien perioperatif.
2. Pengembangan pengetahuan penilaian kebutuhan kalori secara tepat dan metode enteral feeding pasien pascaoperasi dalam menurunkan kejadian sepsis.
3. Pengembangan pemanfaatan terapi komplementer dalam meningkatkan kenyamanan pasien

DAFTAR ISI

UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
PRAKATA.....	vii
PENDAHULUAN.....	ix
PETA KEILMUAN.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
BAB 1: Konsep Keperawatan Edukasi Perioperatif.....	1
A. Memahami Masalah Perioperatif?.....	3
B. Arti Edukasi Perioperatif.....	8
C. Manfaat Edukasi Perioperatif yang Diberikan.....	9
BAB 2: Strategi Edukasi Perioperatif.....	13
A. Mengenali Pasien yang Akan Menjalani Operasi.....	15
B. Tahapan Umum Edukasi Perioperatif.....	21
C. Memilih Media Edukasi Perioperatif yang Akan Diberikan.....	40
BAB 3: Studi Kasus.....	43
A. Latar Belakang.....	45
B. Ilustrasi Kasus.....	46
C. Pelaksanaan.....	48
D. Bahasan Hasil Penelitian.....	52
LAMPIRAN.....	65
BIODATA PENULIS.....	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. <i>Stop Eating and Drinking Before Anesthesia or Sedation</i>	23
Gambar 2.2. Ruang Operasi Lt. 3 RSUD Arifin Achmad	30
Gambar 2.3. Ruang penerimaan pasien RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.....	31
Gambar 2.4. Jadwal Operasi RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.....	31
Gambar 2.5. Kamar operasi khusus RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.....	32
Gambar 2.6 Kamar operasi biasa RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.....	33
Gambar 1.....	36
Gambar 2.....	36

DAFTAR TABEL

Tabel 1. <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i>	20
Tabel 2 Kriteria pulih sadar dari anestesi umum postoperatif dewasa (<i>Aldrete score</i>).....	33
Tabel 3 Kriteria pulih sadar dari anestesi regional (<i>Bromage score</i>).....	34

BAB 1

KONSEP KEPERAWATAN EDUKASI PERIOPERATIF

- Memahami Masalah Perioperatif
- Arti Edukasi Perioperatif
- Manfaat Edukasi Perioperatif yang Diberikan

A. Memahami Masalah Perioperatif?

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang menggambarkan fungsi keperawatan dan berkaitan dengan prosedur pembedahan (Smeltzer & Bare, 2013). Keperawatan perioperatif mencakup 3 fase yaitu terdiri dari fase preoperatif, fase intraoperatif dan fase postoperatif. Fase preoperatif dimulai pada saat perawat melakukan pengkajian hingga memutuskan intervensi yang dilanjutkan dengan fase intraoperatif. Fase intraoperatif dimulai dengan mengantarkan pasien masuk dan pindah ke ruang bedah serta berakhir saat proses pemulihan, dilanjutkan fase postoperatif yaitu masuknya pasien ke ruangan pemulihan (*recovery room*) hingga berakhir dengan mempersiapkan pasien pulang ke rumah (Smeltzer & Bare, 2013).

Berbagai masalah fisiologis, biologis, psikologis, sosial dan spiritual ditemukan pada setiap fase perioperatif yang dapat menimbulkan respon terhadap pasien sebelum dilakukannya tindakan pembedahan. Respon pasien yang muncul berbentuk suatu reaksi emosional yang terlihat jelas maupun tersembunyi, dan yang normal maupun abnormal. Reaksi emosional yang muncul sebelum dilakukannya tindakan salah satunya adalah kecemasan, hal tersebut sebagai upaya tubuh mengantisipasi terhadap suatu pengalaman yang belum dialami sebelumnya dan dianggap sebuah ancaman bagi integritas tubuh maupun kehidupannya (Smeltzer & Bare, 2013).

Selama proses pembedahan, tubuh akan merespon secara fisiologis terhadap pengalaman yang akan dialami oleh individu. Respon fisiologis yang muncul antara lain adalah kehilangan darah, sehingga menimbulkan kompensasi tubuh yang dapat menyebabkan terjadinya syok, respon metabolik, kehilangan nitrogen, dan penurunan berat badan pasca pembedahan mayor. Semua respon tersebut merupakan impuls yang dikirimkan dari sistem saraf pusat simpatis dan hormonal yang berfungsi melindungi tubuh dari berbagai ancaman, menimbulkan beberapa tanda dan gejala

fisik seperti, peningkatan denyut nadi, peningkatan pernafasan, *hiperhidrosis* dan *tremor* pada kedua telapak tangan, serta gelisah pada sebelum tindakan pembedahan (Maryunani, 2014).

Masalah psikologis umumnya diperlihatkan bersamaan dengan respon fisiologis seperti gelisah, *hiperhidrosis* maupun *tremor*. Respon psikologis kadang tidak diperlihatkan oleh pasien dimana, pasien tidak banyak berbicara atau menunjukkan masalah psikologis yang dihadapinya melainkan pasien mengalihkannya dengan membaca buku atau kegiatan lainnya. Berbagai macam respon psikologis yang muncul tergantung koping individu tersebut. Perasaan takut dan cemas merupakan respon psikologis yang paling sering muncul. Perasaan takut disebabkan oleh berbagai situasi seperti ketidaktahuan pasien terhadap proses yang segera dihadapinya, takut kehilangan kontrol diri dan akan bergantung dengan orang lain, takut kehilangan orang yang dicintainya, takut tindakan pembedahan akan mempengaruhi seksualitas, takut akan perubahan citra diri, takut kehilangan kemartabatannya, takut akan berbagai dampak yang akan dihadapinya proses tindakan pembedahan meliputi proses Anestesi, nyeri Anestesi, nyeri setelah operasi, kegagalan operasi dan lainnya (Maryunani, 2014).

Masalah fisiologis dan psikologis yang dialami dapat berpengaruh pada masalah lainnya dalam hubungan sosial dan spiritual pasien karena ambiguitas, persepsi, dan kesalahpahaman. Ambiguitas muncul akibat ketidakpastian mengenai lingkungan rumah sakit, prosedur yang akan dijalani mulai dari fase preoperatif, intraoperatif dan postoperatif. Sedangkan persepsi adalah yang terbentuk dari anggapan individu terhadap penyampaian atau informasi yang didapatkan oleh pasien. Kemudian kesalahpahaman biasanya muncul akibat istilah-istilah yang diberikan oleh perawat, namun tidak dimengerti oleh pasien sehingga menimbulkan kesalahpahaman pasien dan kecemasan (Maryunani, 2014). Hal inilah yang banyak melatarbelakangi terjadinya kecemasan perioperatif.

Kecemasan merupakan suatu bentuk emosi yang muncul sebagai respon psikis perlindungan diri dari sebuah ancaman bagi individu. Gejala yang muncul akibat kecemasan berupa respon fisiologi dan respon perilaku. Respon fisiologi terdiri dari peningkatan palpitasi jantung, peningkatan tekanan darah, serta respon respirasi yaitu nafas cepat, pernafasan dangkal, dan perasaan sesak/dada tertekan. Respon perilaku terdiri dari gelisah, ketegangan fisik, *tremor*, dan gugup. Berbagai macam respon yang dihasilkan tersebut dapat menghambat proses dari penatalaksanaan tindakan pembedahan (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

Kecemasan yang muncul pada saat menghadapi tindakan pembedahan dikenal dengan kecemasan preoperatif yang disebabkan berbagai faktor, yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Faktor predisposisi atau faktor pendukung merupakan pandangan terhadap suatu subjek maupun objek terdiri dari mekanisme koping, tipe kepribadian, dan faktor biologis. Faktor presipitasi atau faktor pencetus merupakan faktor yang berasal dari internal maupun eksternal berupa dalam bentuk ancaman terhadap integritas fisik dan sistem diri (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016).

Teori tersebut didukung oleh penelitian Sandra, Dahlia, Arista, & Gultom (2021) terhadap pasien bedah digestif bahwa pasien mengalami kecemasan preoperatif dengan total *state* $34,13 \pm 8,15$ dan kecemasan *trait* $33,25 \pm 6,341$ pada kategori kecemasan tinggi hingga kecemasan sangat tinggi. Juga penelitian dari Hartono & Trihadi (2020) tentang faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan preoperatif mengatakan bahwa mekanisme koping merupakan faktor yang paling berpengaruh sebesar 73,9% dibandingkan tipe kepribadian ekstrovert dan dukungan keluarga.

Kecemasan preoperatif yang muncul dikarenakan ketakutan, ketidaktahuan, serta kekhawatiran akan tindakan yang akan dialami individu (Smeltzer & Bare, 2013). Secara psikologis, pasien perlu dilakukan persiapan, agar pasien lebih siap menghadapi semua proses penatalaksanaan medis. Persiapan psikologis tersebut bertujuan agar meningkatkan status kesehatan pasien. Salah

satu upaya yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengurangi kecemasan preoperatif adalah dengan pemberian informasi perioperatif. Pemberian informasi merupakan suatu tindakan/intervensi maupun proses pengobatan yang disampaikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien atau keluarga pasien secara langsung/verbal (Potter & Perry, 2012).

Sari, Riasmini, & Gusmelinda (2020) menjelaskan tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pada pasien preoperatif bedah mayor, bahwa faktor yang paling berhubungan dengan kecemasan preoperatif adalah tingkat pengetahuan pasien, sedangkan faktor internal dan eksternal yang juga memiliki hubungan terhadap kecemasan preoperasi berupa pendidikan, pekerjaan, pengalaman, tipe kepribadian dan dukungan keluarga.

Pada dasarnya pasien mendapatkan informasi perioperatif saat pemberian *informed consent* yang dijelaskan oleh dokter ketika pasien melakukan konsul di ruang poli. Namun, pelaksanaan tersebut tidak dapat dilakukan secara efektif akibat kondisi poli yang tidak kondusif seperti waktu yang tidak mencukupi dan jumlah antrian pasien yang banyak (Maryunani, 2014). Informasi perioperatif meliputi dari jenis tindakan pembedahan, persiapan proses pembedahan seperti pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang serta persiapan diet dengan melakukan puasa 6-8 jam sebelum tindakan pembedahan, serta persiapan kulit dengan melakukan pencukuran pada area insisi (Maryunani, 2014).

Informasi perioperatif juga menjelaskan terkait suasana ruang operasi, alur masuk ruangan operasi, serta jenis dan prosedur anestesi yang akan digunakan pasien. Informasi perioperatif meliputi latihan preoperatif yang bertujuan mempersiapkan pasien terhadap dampak setelah dilaksanakannya tindakan operasi, yaitu latihan bernafas, latihan batuk, latihan kaki dan latihan mobilisasi (Kozier & Erb's, 2016). Pemberian informasi perlu menerapkan komunikasi yang baik dan efektif antara pasien dan perawat, sehingga

tujuan pemberian informasi dapat menyelesaikan permasalahan ketidaktahuan pasien terhadap proses penatalaksanaan masalah kecemasan yang dihadapi (Kozier & Erb's, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Aryani & Shomad (2017) dan Faramida & Riza (2019), menyebutkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap persiapan fisik preoperatif dalam menurunkan kecemasan pada pasien.

Pemberian informasi perioperatif oleh perawat harus memperhatikan waktu pemberian informasi, karena pengaturan waktu yang tidak tepat hanya berujung dengan kesia-siaan. Pengaturan waktu yang tepat untuk memberikan informasi perioperatif tidak realistis dimana jika diberikan beberapa hari sebelum tindakan pembedahan, maka pasien kemungkinan tidak mengingat informasi yang telah disampaikan, namun jika diberikan terlalu dekat dengan waktu pembedahan maka pasien tidak berkonsentrasi sehingga akan menimbulkan kecemasan yang lebih berat (Smeltzer & Bare, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2018) dengan judul Pengaruh pemberian pendidikan kesehatan perioperatif terhadap mekanisme coping pasien pre operasi katarak di RS Baladhika Husada Jember, bahwa pasien preoperatif katarak diberikan pendidikan kesehatan 1 hari sebelum tindakan operasi mendapatkan hasil terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan perioperatif, dibuktikan dengan peningkatan mekanisme coping secara signifikan, sedangkan berdasarkan penelitian Hastuti, Windarti, & Kemaludin (2021) menyatakan bahwa pemberian edukasi lebih efektif diberikan 1 hari sebelum pasien menjalani operasi. Peneliti tersebut juga mengidentifikasi kecemasan *post-test* 30-120 menit sebelum pasien diantarkan ke ruang operasi.

Pelaksanaan pemberian informasi perioperatif selama ini hanya dilakukan secara dua arah antara dokter dan pasien, dokter dan keluarga pasien, perawat dan pasien serta perawat dan keluarga pasien yang disampaikan secara verbal/langsung, sehingga berkemungkinan besar pasien lupa dan tidak memahami

informasi tersebut. Wilbur Schramm dalam buku promosi kesehatan menyatakan bahwa media dapat menjadi suatu teknik penyampaian pesan/informasi yang lebih efektif sehingga penyampaian pesan/informasi lebih menarik dan mudah dipahami oleh penerima informasi/pesan tersebut (Susilowati, 2016).

B. Arti Edukasi Perioperatif

Edukasi perioperatif pada pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan biasanya diberikan selama pasien berada di fase preoperatif dan disebut dengan informasi perioperatif. Informasi perioperatif adalah proses menyiapkan pasien dengan menjelaskan peristiwa-peristiwa yang akan dialami pasien selama fase preoperatif, fase intraoperatif dan fase postoperatif. Informasi perioperatif ini bertujuan untuk meminimalkan ketakutan-ketakutan, tingkat stres, kecemasan terhadap hal-hal yang belum diketahui oleh pasien (Maryunani, 2014).

Edukasi perioperatif dapat berbentuk media cetak, media elektronik, media luar ruang, dan media lainnya. Media cetak terdiri dari *booklet*, *leaflet*, *flyer* (sebaran), lembar balik (*flipchart*), rubrik atau tulisan pada surat kabar, majalah, poster, foto yang dapat menyebarkan informasi dengan baik. Media cetak memiliki kelebihan seperti dapat dibawa kemana-mana, tidak memerlukan listrik, memudahkan penerima informasi mentelaah sehingga dapat mudah meningkatkan pengetahuan (Susilowati, 2016).

Media cetak merupakan salah satu media yang paling sering digunakan di Rumah Sakit dalam menyampaikan informasi kepada pasien. Media yang paling sering digunakan berupa poster, *leaflet* dan *flipchart*. Media cetak poster, *leaflet* dan *flipchart* memiliki kelebihan yaitu mudah dibawa, dapat mencakup informasi dan gambar yang akan disampaikan, serta biaya relatif murah dibanding dengan media yang lain, walaupun memiliki harga relatif murah media cetak seperti poster, *leaflet* dan *flipchart* memiliki efektivitas terhadap peningkatan pengetahuan dan pemahaman pasien terkait prosedur pengobatan yang akan dijalani pasien (Maisyarah et al., 2021).

C. Manfaat Edukasi Perioperatif yang Diberikan

Secara fisiologis, pemberian edukasi akan memberikan hubungan keterlibatan antara panca indera pendengaran, penglihatan dan peraba, dengan apa yang akan diterima oleh otak. Hubungan tersebut dapat berpengaruh terhadap kesiapan pasien dalam menjalani tindakan operasi. Bagian talamus merupakan bagian otak yang menerima informasi, untuk dihantarkan ke hipotalamus dengan mengaktifkan hormon kortikotropin (CRH). CRH, ini terlibat dalam respon tubuh terhadap stres fisik dan emosional, dengan memberi sinyal pada kelenjar pituitari untuk menghasilkan hormon yang disebut hormon adrenokortikotropik (ACTH). ACTH memicu produksi hormon kortisol yang berfungsi untuk mempersiapkan diri dalam melawan ataupun menghadapi ancaman dari luar terhadap dirinya.

Semakin banyak hormon yang dihasilkan semakin besar juga energi yang terbentuk. Informasi melalui edukasi yang diberikan, selain memengaruhi pembentukan hormon kortisol, juga memengaruhi tubuh dalam mensekresi hormon endorfin untuk menurunkan kecemasan yang berdampak terhadap pengalihan stimulus yang lain seperti, mengaktifkan angiotensin, sehingga tekanan darah menjadi normal, nadi dalam batas normal dan nafas teratur. Setelah informasi diterima dan diproses di otak, kemudian informasi akan diinterpretasikan. Dalam proses interpretasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu, pengalaman, dan motivasi. Setelah diinterpretasi maka akan membentuk persepsi. Persepsi ini dapat menentukan sikap dan tindakan yang diambil oleh individu.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, H. P., & Shomad, M. (2017). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang persiapan fisik pre operasi dalam menurunkan kecemasan pada pasien hernia. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 9(2), 24–29.
- Azizah, L. M., Zainuri, I., & Akbar, A. (2016). *Buku ajar kesehatan jiwa: teori dan aplikasi praktik klinik*. Indomedia Pustaka.
- Faramida, M., & Riza, S. (2019). Pengaruh pemberian informasi terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi appendicitis Di Ruang Bedah Wanita RSUD Meuraxa Kota Banda Aceh. *Jurnal Abulyatama*, 3(1), 87–96.
- Hartono, & Trihadi, D. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pre operasi di RSUD Banyumas. *Adi Husada Nursing Journal*, 6(2), 79–86.
- Hastuti, R. Y., Windarti, T., & Kemaludin, K. (2021). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang keperawatan kritis terhadap tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di Iri. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 3(01), 66–76. <https://doi.org/10.32938/jsk.v3i01.953>
- Kartika, P. D. P. (2018). Pengaruh pemberian pendidikan kesehatan perioperatif terhadap mekanisme koping pasien pre operasi katarak di RS Baladhika Husada Jember. *Universitas Jember*, 1(2), 38.
- Kozier, & Erb's. (2016). *Fundamental of nursing*. Pearson Education, Inc.
- Maisyarah, S., Sianturi, E., Widodo, D., Djuwadi, G., Simanjuntak, Rohani, R., Gultom, L., Laksmi, P., & Argaheni, N. B. (2021). *Dasar media komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Maryunani, A. (2014). *Asuhan keperawatan perioperatif-pre operasi (menjelang pembedahan)*. Trans Info Media.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Fundamental of nursing* (7th ed.). Elsevier Pte Ltd.

- Sandra, S., Dahlia, D., Arista, L., & Gultom, Y. (2021). Penerapan mendengarkan al- qur 'an surat al waqi ' ah dan terjemahannya untuk menurunkan tingkat kecemasan. *Jurnal Ners Indonesia*, 11(2).
- Sari, Y. P., Riasmini, N. M., & Guslinda. (2020). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pada pasien preoperasi bedah mayor di Ruang Teratai. *Menara Ilmu*, XIV(02), 133–147.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah vol 1* (8th ed.). EGC.
- Susilowati, D. (2016). *Promosi kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 2

STRATEGI EDUKASI PERIOPERATIF

- Mengenal Pasien yang Akan Menjalani Operasi
- Tahapan Umum Edukasi Perioperatif
- Memilih Media Edukasi Perioperatif yang Akan Diberikan

A. Mengenali Pasien yang Akan Menjalani Operasi

Pasien yang akan diberikan edukasi perioperatif, perlu dikenali terlebih dahulu berdasarkan pengkajian terfokus oleh perawat terutama pengkajian fisik, pengkajian psikologis, indikasi laparatomi, jenis tindakan laparatomi, teknik insisi dan status anestesi yang akan dijalani.

1. Pengkajian fisik dapat berupa persiapan fisiologi, yaitu pemeriksaan sebelum tindakan pembedahan. Pemeriksaan sebelum pembedahan sangat perlu dilakukan sebagai tolak ukur dokter bedah terhadap kesiapan fisik pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan dalam mengurangi resiko pembedahan.

Pengkajian fisik yang dilakukan sebelum dilakukan pembedahan tepatnya pada fase preoperatif, dilakukan oleh perawat dengan memastikan identitas pasien benar, memeriksa riwayat penyakit sebelumnya atau riwayat penyakit yang sedang dideritanya, kemudian melakukan pemeriksaan secara keseluruhan secara fisik dari kepala hingga kaki (*head to toe*). Hal tersebut bertujuan untuk membantu tenaga medis mengidentifikasi pasien sebelum dilakukannya operasi (Farhan & Ratnasari, 2019).

2. Pengkajian Psikologis, bertujuan untuk mengurangi masalah psikologi yang muncul pada fase preoperatif dan segera mengetahui perencanaan keperawatan dalam mengatasi permasalahan tersebut dengan mempersiapkan fisik pasien sebelum tindakan pembedahan. Pengkajian psikologis yang dimaksud adalah Pertama; melakukan pengkajian psikologis kepada pasien dan keluarga dengan memberikan beberapa pertanyaan sehingga dapat membuka ruang diskusi antara pasien, keluarga pasien dan perawat, sebagai upaya memberikan peluang dan waktu kepada pasien dan keluarga dalam mendiskusikan keluhan dan ketakutan yang dialami pasien. Kedua; mendengarkan keluhan pasien serta memberikan sentuhan sebagai alat komunikasi untuk mengirimkan pesan dengan artian (seolah-olah mengatakan "saya mengerti").

Ketiga; Memotivasi keluarga, maupun teman terdekat untuk berpartisipasi dalam memberikan dukungan dan pengambilan keputusan serta membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Keempat; melakukan pemberian informasi perioperatif/penyuluhan kesehatan dalam membantu mengurangi kecemasan yang dialami pasien.

3. Pengkajian selanjutnya sebelum memberikan edukasi perioperatif adalah mengetahui mengapa pasien dilakukan operasi. Menurut Sjamsuhidajat & Jong (2017) bahwa indikasi dilakukannya laparatomi seperti adanya Trauma abdomen, Peritonitis, Apendiksitis, maupun Obstruksi usus. Trauma abdomen merupakan kerusakan bagian organ abdomen dan struktural tubuh, apakah karena Trauma tembus seperti luka penusukan benda tajam (pisau), luka penembakan atau dikarenakan adanya trauma tumpul akibat pukulan, benturan dari benda-benda yang tumpul serta ledakan.

Peritonitis merupakan suatu inflamasi pada rongga abdomen tepatnya lapisan membran serosa, baik peritonitis primer maupun sekunder. Peritonitis primer disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) yang diakibatkan dari penyakit hepar kronis. Sedangkan Peritonitis sekunder yang disebabkan oleh perforasi appendicitis, perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale serta perforasi kolon, sedangkan pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier. Apendiksitis (radang apendiks) yaitu suatu masalah yang terjadi pada bagian apendiks, disebabkan oleh obstruksi lumen yang menghambat suplai aliran darah sehingga mukosa terkikis dan menyebabkan inflamasi pada apendiks. Kemudian Obstruksi usus, merupakan suatu gangguan aliran pada saluran usus yang disebabkan oleh karsinoma pada usus.

4. Pengkajian jenis tindakan laparatomi, dapat dilakukan perawat untuk mengenal pasien yang akan diberikan edukasi perioperatif, diantaranya adalah Herniatomi yang merupakan tindakan pembedahan pada organ hernia. Suatu pembedahan

yang dilakukan untuk mengeluarkan hernia dari leher, setelah kantong dibuka dan isi di dalam hernia dikeluarkan. Selanjutnya, kantong hernia dilakukan reposisi lalu diletakkan pada posisi semulanya. Selanjutnya, Gastrektomi merupakan tindakan pembedahan dengan dilakukannya reseksi atau pengangkatan sebagian atau seluruh bagian gaster. Tindakan gastrektomi dilakukan bertujuan untuk menjadi salah satu intervensi medis dalam mengobati kanker dan ulkus di gaster. Gastrektomi total merupakan tindakan operasi yang dilakukan pada penyakit-penyakit kronis seperti kanker abdomen bagian atas dengan cara mengangkat keseluruhan organ gaster.

Jenis tindakan berikutnya yaitu Hepatektomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan pengangkatan sebagian atau pengangkatan seluruh organ hepar. Tindakan ini umumnya digunakan untuk mengobati kanker hati. Hepatotektomi sebagian adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat tumor yang terletak pada bagian hepar. Hepatotektomi total adalah operasi kompleks yang melibatkan seluruh hepar atau liver. Prosedur ini melibatkan transplantasi hati, karena tanpa hati, tubuh tidak dapat bertahan hidup. Kemudian, Splenektomi adalah metode pemompaan kelenjar getah bening yang juga digunakan dalam sistem limfatik. Splenektomi biasanya dilakukan untuk trauma perut, penyakit tertentu pada rongga perut (penyakit Hodgkin dan penyakit non-Hodgkin, sembelit kronis, ikterus hemolitik, purpura atau tumor trombositopenik, kista).

Jenis tindakan laparatomi Apendiktomi adalah prosedur pembedahan yang dilakukan di usus buntu akibat peradangan akut dan kronis, dilakukan dengan bentuk irisan Mc. Burney secara terbuka. Selanjutnya Kolostomi adalah colokytaneostomy, juga dikenal sebagai anus supranatural, yang dilakukan baik sementara atau permanen. Hemoroidektomi merupakan tindakan pembedahan dengan melakukan pemotongan, penjepitan dan lainnya pada bagian hemoroid.

Fistulactomy berarti bahwa fistula terbuka dari lubang asli ke lubang kulit. Tindakan ini merupakan operasi kebidanan, sering dilakukan dengan teknik laparotomi, melibatkan berbagai operasi rahim, operasi tuba falopi, dan operasi ovarium. Terakhir jenis tindakan laparotomi Histerektomi yaitu tindakan pembedahan yang dilakukan pada wanita. Tindakan ini memiliki tujuan untuk pengangkatan organ uterus (rahim) yang dibagi menjadi 3 tindakan yaitu histerektomi total dengan mengangkat seluruh organ uterus (rahim) dengan cara membuka bagian vagina. Histerektomi subtotal yaitu proses organ uterus (rahim) diangkat tanpa membuka bagian vagina. Histerektomi radikal umumnya dilakukan untuk pasien dengan masalah karsinoma uterus.

5. Secara teori, pembedahan laparotomi adalah suatu tindakan operasi yang dilakukan di area bawah dada dan diatas panggul yaitu perut (abdomen) yang sering dikategorikan sebagai bedah digestif dan bedah obgyn (Smeltzer & Bare, 2013). Definisi lain menyebutkan, bahwa laparotomi merupakan pembedahan eksplorasi untuk mengatasi permasalahan pada bagian abdomen dengan teknik membuka selaput perut atau teknik sayatan (insisi) yang dilakukan di area abdomen (Jitowiyono & Kritiyanasari, 2012).

Berikut uraian teknik sayatan laparotomi pasien, agar lebih mengenal keluhan pasien sebelum operasi berdasarkan rencana tindakan operasi: Teknik insisi bagian Tengah (*Midline Incision*), merupakan insisi/sayatan dimulai tepat di garis tengah atau dibagian prosesus xiphoideus 1 cm di atas linea alba. Insisi *midline* bertujuan membuka bagian peritoneum bawah untuk mengakses sebagian besar struktur internal, termasuk struktur retroperitoneum. Jenis sayatan ini memanfaatkan sifat yang relatif avaskular dari *linea alba* untuk mengakses isi perut tanpa memotong atau membelah serat otot dalam proses pembedahan, kecuali otot kecil piramidalis pada *crest pubic*. Dalam beberapa kasus, akan ada cabang anastomotik dari

pembuluh epigastrium dominan dan rendah yang melintas dari kedua sisi, tetapi sayatan umumnya menghindari ikatan saraf yang besar (Price, 2021).

Teknik Insisi Median Bawah (*Midline Sub-umbilical Incision*), yaitu Pematangan/irisasi/pengeratan bagian tengah abdomen atas dan bawah dapat digabungkan dengan memutar pusar. Insisi Konvensional (*Paramedian Incision*), dimana insisi ini dibuat dari sisi kanan dan kiri yang ditarik dari garis tengah tubuh. Sekitar satu inci hingga dua inci dari garis tengah. Tali pusat dipotong lurus ke atas dan ke bawah, otot perut di rektum menonjol ke samping dan peritoneum juga dibuka 2,5 cm di garis tengah (Sjamsuhidajat & Jong, 2017). Teknik ini merupakan salah satu alternatif insisi dari insisi *midline*, insisi *paramedian* dapat terlihat sejajar dengan garis tengah pada sejumlah pasien. Teknik sayatan *paramedian* ini lebih rumit daripada sayatan garis tengah dan karena itu membutuhkan waktu lebih lama. *Ligamentum falsiformis* hati biasanya ditemui jika sayatan dibuat di sebelah kanan garis tengah, dan persimpangan tendinous harus dibagi di sisi yang dipilih untuk mengakses peritoneum (Price, 2021).

Selanjutnya, Insisi Bidang Sagital (*Lateral Paramedian Incision*) yang merupakan Insisi/sayatan *paramedian* diperkenalkan oleh Guillo. Insisi ini dilakukan dengan cara fascia dikerat lebih menyamping dibandingkan dengan teknik konvensional. Teknik berikutnya adalah Insisi *oblique* (*McBurney Gridiron*), Insisi/sayatan ini biasanya digunakan untuk indikasi kasus apendiksitis akut yang diperkenalkan oleh Charles McBurney pada tahun 1894, dimana tindakannya dengan memisahkan otot-otot secara tumpul. Terakhir *Thoracoabdominal Incision*, yaitu insisi Thorakoabdominal dextra maupun sinistra yang menyatukan cavum pleura dan cavum abdomen. Sayatan *thoracoabdominal* kanan biasanya dibuat untuk keadaan darurat atau reseksi hati yang dipilih.

6. Pemeriksaan Status Anestesi yang umumnya menggunakan *American Society of Anesthesiologists (ASA)*. ASA ini bertujuan untuk mengukur resiko pembedahan dikarenakan, obat dan teknik pembiusan akan mengganggu fungsi sistem pernafasan, fungsi saraf dan peredaran darah (Farhan & Ratnasari, 2019), sebagai penentu kondisi pasien dilakukan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan jenis tindakan yang akan dijalani oleh pasien tersebut.

Tabel 1. *American Society of Anesthesiologist (ASA)*

ASA Grade	Status Fisik	Mortalitas (%)
I	Tidak terdapat gangguan secara fisik dan mental seperti pasien dengan hernia dalam kondisi yang sehat.	0,05
II	Pasien yang memiliki gangguan kesehatan dalam kategori ringan seperti: pasien yang akan menjalani appendektomy namun memiliki riwayat obesitas, atau diabetes dan hipertensi.	0,4
III	Pasien yang memiliki gangguan kesehatan dalam kategori berat, namun tidak membahayakan jiwa seperti, diabetes melitus, dan angina.	4,5
IV	Pasien yang memiliki gangguan kesehatan dalam kategori berat dan membahayakan jiwa seperti: insufisiensi koroner dan infak miokard.	25
V	Pasien yang dalam kategori pasien terminal yang datang untuk dioperasi sebagai pilihan terakhir seperti: pasien yang mengalami syok berat akibat perdarahan, dan emboli paru	50

B. Tahapan Umum Edukasi Perioperatif

Tahapan edukasi perioperatif dapat tercapai secara maksimal, jika mendapatkan dukungan penuh dari pelayanan kesehatan dalam melaksanakan setiap tahapan keperawatan perioperatif yaitu preoperatif, intraoperatif dan postoperatif.

1. Tahap Preoperatif, adalah tahap pertama yang akan dilaksanakan dalam pemberian intervensi pembedahan, dimana tahap preoperatif ini akan dimulai saat pasien diantarkan dari IGD atau Poli Bedah ke kamar rawat inap sampai dengan pasien dipindahkan ke ruang preoperatif di ruang operasi, yang selanjutnya akan dilakukannya tindakan pembedahan. Ruang lingkup dari tahap preoperatif ini terdiri dari proses pengkajian fisik, wawancara pasien dan keluarga hingga menyiapkan anestesi pada pasien (Maryunani, 2014). Dengan kata lain, Preoperatif merupakan kegiatan sebelum operasi, dimana pasien tiba di ruang tunggu/ruang rawat inap sampai dengan pasien masuk ke ruang operasi.

Edukasi Perioperatif pada Fase Preoperatif, meliputi persiapan psikologis, persiapan fisik, pemeriksaan penunjang sebelum operasi, informed consent dan informasi anestesi.

a. Persiapan Psikologis

- 1) Mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa

Berdoa bisa menumbuhkan berbagai perasaan yaitu: Perasaan optimis (keinginan untuk sembuh), Perasaan yakin terhadap apa yang sedang dijalannya, dengan demikian mewujudkan manusia kembali dalam keadaan yang baik, Mendatangkan ketenangan, kedamaian dalam diri serta Merasakan keberadaan Tuhan.

- 2) Keluarga harus memberikan dukungan dan pendampingan kepada pasien.

Dukungan dari orang tua, saudara, dan suami/istri adalah hal yang penting. Dukungan tersebut dapat membantu mempercepat proses penyembuhan.

- 3) Berdiskusi dengan Dokter, Perawat dan Pelayanan Kesehatan lainnya tentang proses pembedahan yang akan dijalani
 - 4) Mencari informasi terkait prosedur pembedahan
Mencari informasi terkait prosedur pembedahan di internet dapat menambah pengetahuan pasien, sehingga pasien lebih siap menjalani operasi
- b. Persiapan Fisik
- 1) Pengkajian fisik sebelum operasi
Pemeriksaan fisik pada pasien meliputi: Identitas pasien dan riwayat penyakit pasien (riwayat penyakit yang pernah dialami termasuk riwayat kesehatan keluarga). Pemeriksaan fisik lengkap mulai dari kepala hingga ekstremitas, status hemodinamik, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal, fungsi hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang diderita pasien (Farhan & Ratnasari, 2019).
 - 2) Persiapan puasa/pengosongan lambung dan kolon.
Pasien akan dilakukan Puasa, Pengosongan lambung dan Kolon pasien dengan pemberian obat pencahar atau tindakan enema/lavage/huknah 6-8 jam sebelum tindakan anestesi/pembedahan. Pembatasan asupan makanan dan minuman serta pengosongan lambung dan kolon sebelum tindakan pembedahan sangat perlu dilakukan agar: Meminimalkan kemungkinan terjadinya aspirasi pada saat dilakukannya anestesi, Dimana, pada saat pasien dalam pengaruh bius, seluruh aktivitas organ akan terhenti sementara dan jika terdapat sisa makanan didalam lambung akan menyebabkan refleks muntah. Namun, karena pasien tidak sadar maka makanan dari lambung tersebut dapat naik ke bagian tenggorokan tanpa terkontrol dan menutupi jalan

nafas pasien, sehingga pasien beresiko gagal nafas. Pengosongan lambung selain mengurangi resiko gagal nafas, juga mengurangi resiko pengeluaran feses pada saat operasi, dan Menurunkan resiko terjadi mual dan muntah postoperatif (Maryunani, 2014; Smeltzer & Bare, 2013), Unnisa, 2017).



Gambar 2.1. *Stop Eating and Drinking Before Anesthesia or Sedation*
Sumber: Unnisa (2017)

3) Persiapan diri sebelum operasi

Hal ini meliputi persiapan personal hygiene dan pencukuran area operasi. Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi, karena tubuh yang kotor dapat menjadi sumber kuman dan mengakibatkan infeksi pada daerah yang di operasi. Sedangkan pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan, karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka (Maryunani, 2014; Smeltzer & Bare, 2013), Unnisa, 2017).

4) Latihan preoperatif

Latihan preoperatif dapat berupa latihan nafas dalam, batuk efektif, latihan dan ROM mobilisasi dini. Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri, kecemasan dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Kemudian persiapan latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret. Untuk latihan gerak sendi, dilakukan pasien setelah operasi, untuk mempercepat proses penyembuhan (Maryunani, 2014; Smeltzer & Bare, 2013)

c. Pemeriksaan Penunjang Sebelum Operasi

Edukasi pada Pemeriksaan ini meliputi: pemeriksaan laboratorium darah lengkap, pemeriksaan kimia darah, pemeriksaan elektrolit dan pemeriksaan urinalisis. Pemeriksaan penunjang radiologi, EKG dan EEG

1) Pemeriksaan Darah Lengkap

Pemeriksaan darah lengkap antara lain untuk menguji kadar hemoglobin; jumlah eritrosit, leukosit, trombosit, nilai hematokrit, laju endap darah (LED) dan menentukan indeks eritrosit. Tujuan utama dilakukannya pemeriksaan darah lengkap adalah mengetahui kondisi kesehatan secara keseluruhan. Selain itu, pemeriksaan darah lengkap juga bertujuan untuk mendeteksi gangguan kesehatan yang berkaitan dengan darah. Contohnya seperti penyakit anemia, leukemia, hingga gangguan pembekuan darah (Maryunani, 2014).

2) Pemeriksaan Kimia Darah

Pemeriksaan kimia darah adalah pemeriksaan untuk mengukur kadar beberapa zat kimia di dalam darah. Pemeriksaan ini bertujuan mengetahui seberapa baik

kerja organ-organ tubuh serta mencari tahu bila ada masalah-masalah kesehatan tertentu. Pemeriksaan kimia darah bisa mengukur enzim, elektrolit, hormon, serta zat kimia dalam darah lainnya. Pemeriksaan yang biasa dilakukan adalah pemeriksaan Natrium yang berperan dalam berbagai fungsi tubuh, seperti menyalurkan sinyal-sinyal elektrik ke otak dan otot. Kalium yang memainkan peran penting dalam mengatur aktivitas otot, termasuk kontraksi jantung. Kemudian pemeriksaan Klorida biasanya berkaitan dengan beberapa masalah kesehatan, seperti dehidrasi, penyakit jantung, serta penyakit ginjal. Kadar CO₂ biasanya berkaitan dengan penyakit pernafasan, gangguan ginjal, muntah parah, diare, dan infeksi yang sangat parah. Sehingga Pemeriksaan kimia darah dapat membantu mengetahui apakah mengalami hiperglikemia (glukosa terlalu tinggi), hipoglikemia (glukosa terlalu rendah), serta diabetes (Maryunani, 2014).

3) Pemeriksaan Elektrolit

Pemeriksaan elektrolit adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mengukur kadar elektrolit dalam tubuh. Elektrolit merupakan mineral bermuatan listrik yang membantu mengendalikan jumlah cairan serta keseimbangan asam basa pada tubuh. Sedangkan, mineral juga membantu dalam mengendalikan otot, saraf, irama jantung, maupun fungsi tubuh penting lainnya. Gangguan kadar elektrolit dapat menjadi tanda dari kondisi medis yang serius. Misalnya, penyakit ginjal, tekanan darah tinggi, dan gangguan irama jantung (Maryunani, 2014).

4) Pemeriksaan Urinalisis

Urinalisis adalah pemeriksaan yang dilakukan melalui analisis sampel urine di laboratorium. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi atau mendiagnosis

penyakit serta memantau kondisi kesehatan dan fungsi ginjal. Pemeriksaan urinalisis dapat mendeteksi zat-zat tertentu di dalam urine, seperti sel darah, protein, glukosa, kristal, keton, bilirubin, atau bakteri. Keberadaan zat-zat tersebut di dalam urine dapat menunjukkan bahwa mungkin menderita penyakit tertentu, seperti infeksi saluran kemih, penyakit ginjal, atau diabetes (Maryunani, 2014).

5) Pemeriksaan CT Scan

CT scan atau computerized tomography scan adalah prosedur pemeriksaan medis yang menggunakan kombinasi teknologi sinar-X dan sistem komputer khusus untuk menghasilkan gambar organ, tulang, dan jaringan lunak di dalam tubuh. CT scan umumnya digunakan untuk beberapa hal berikut: Memperoleh diagnosis kelainan otot, tulang, dan sendi, Menentukan lokasi dan ukuran tumor, Menentukan lokasi infeksi dan bekuan darah, Memandu prosedur medis, seperti operasi, biopsi, atau terapi radiasi, Mendeteksi dan memantau perkembangan kondisi dan penyakit tertentu, seperti kanker dan sakit jantung, Mencari tahu lokasi cedera atau perdarahan internal (Maryunani, 2014)

6) Pemeriksaan Rontgen

Foto Rontgen dilakukan untuk melihat kondisi bagian dalam tubuh, mulai dari tulang, sendi, hingga organ dalam. Ada berbagai kondisi dan penyakit yang dapat dideteksi dengan foto Rontgen, di antaranya patah tulang, osteoporosis, infeksi, gangguan pencernaan, pembengkakan jantung, serta tumor payudara (Maryunani, 2014).

7) Pemeriksaan MRI

MRI adalah teknik pemindaian radiologi yang menggunakan magnet, gelombang radio, dan

komputer untuk menghasilkan gambar struktur tubuh. Mesin MRI berbentuk seperti tabung yang dikelilingi oleh magnet melingkar yang besar. Dalam pemeriksaan MRI, pasien ditempatkan di tempat tidur yang kemudian dimasukkan ke lubang magnet (Maryunani, 2014).

8) Pemeriksaan USG

Ultrasonografi digunakan untuk beragam keperluan, mulai dari memeriksa kondisi janin, mendeteksi penyakit, sampai membantu dalam tindakan bedah atau pengambilan sampel jaringan (biopsi). Berdasarkan tujuan penggunaannya, USG dibagi menjadi dua kategori, yaitu USG kehamilan dan USG diagnostik. Dalam persiapan operasi USG Diagnostik perlu dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi seperti: USG kepala digunakan untuk mendeteksi lokasi tumor pada saat prosedur bedah kepala atau kraniotomi. USG leher juga bertujuan untuk mendeteksi benjolan, kumpulan nanah (abses), infeksi, kista, dan tumor di leher. USG payudara bertujuan untuk mendeteksi ukuran dan lokasi benjolan di payudara, serta mencari tahu apakah benjolan tersebut kista yang berisi cairan atau benjolan padat. USG perut digunakan untuk memeriksa kondisi organ hati, ginjal, limpa, empedu, dan pankreas. Beberapa penyakit yang bisa terdeteksi melalui USG perut adalah pembesaran limpa, radang usus buntu, pankreatitis, kanker hati, batu ginjal, batu kandung kemih, dan hernia. USG panggul dapat mendeteksi kondisi-kondisi, seperti fibroid, tumor atau kanker rahim, radang panggul, gangguan prostat, dan kemandulan (Maryunani, 2014).

9) Pemeriksaan EKG dan EEG

Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan yang bertujuan memperlihatkan hasil rekam jantung (EKG) dan impuls listrik di otak (EEG). Pemeriksaan EKG

merupakan tes yang memperlihatkan aktivitas listrik jantung yang biasanya dilakukan sebelum operasi. Dari tes ini bisa dilihat irama jantungnya apakah normal atau tidak misalnya aritmia atau disritmia. Selain itu, EKG juga membantu menemukan adanya kerusakan otot di jantung, membantu menemukan penyebab nyeri dada, denyut jantung berdebar-debar (palpitasi), dan murmur jantung. Sedangkan pemeriksaan EEG untuk mengukur impuls listrik di otak melalui cakram logam kecil yang disebut elektroda yang ditempelkan di kulit kepala. Elektroda hanya mengukur aktivitas listrik yang keluar dari otak. Ada beberapa kondisi yang membutuhkan pemeriksaan menggunakan EEG, seperti pengidap epilepsi, cedera kepala, pengidap tumor otak, masalah ingatan, gangguan tidur, pengidap stroke, dan pengidap demensia.

d. *Informed Consent*

Pemberian *informed consent* ini diberikan oleh dokter meliputi, beberapa komponen seperti informasi dokter pelaksana/penanggung jawab tindakan pembedahan, diagnosis medis, jenis tindakan pembedahan, indikasi tindakan, tata cara (jenis anestesi dan uraian terkait prosedur pembedahan), resiko dan komplikasi, serta alternatif tindakan yang akan dilakukan. Selanjutnya, persetujuan tindakan pembedahan (consent) akan ditandatangani oleh dokter penanggung jawab, wali/perwakilan keluarga pasien dan pasien yang akan menjalani pembedahan

e. Informasi Anestesi

1) Anestesi Umum Intravena

Anestesi umum yaitu proses pembiusan dengan cara memasukan obat bius melalui infus/pembuluh darah. Proses anestesi ini akan menyebabkan pasien kehilangan kesadaran sementara dan menurunkan segala fungsi organ selama dilakukan operasi. Hal tersebut, agar operasi berjalan dengan lancar dan pasien tidak merasakan sakit selama proses operasi.

2) Anestesi Umum Inhalasi

Anestesi umum inhalasi ini dengan cara memasukkan obat bius kedalam oksigen. Setelah itu, pasien akan diberikan dengan cara menghirup oksigen tersebut. Sehingga, akan menyebabkan pasien kehilangan kesadaran sementara dan menurunkan segala fungsi organ selama dilakukan operasi

3) Anestesi Regional

Anestesi regional terbagi menjadi 2 yaitu Anestesi spinal dan epidural. Tempat pemberian anestesi regional yaitu pada bagian tulang belakang. Perbedaan anestesi spinal dan epidural yaitu pada alat yang digunakan pada saat pemberian anestesi. Anestesi spinal menggunakan suntik dengan jarum yang kecil yang diberikan obat bius dan disuntik/dimasukkan ke bagian tulang belakang. Sedangkan Anestesi epidural menggunakan suntik yang dibantu oleh selang kateter kecil yang diberikan obat bius dan disuntik/dimasukkan ke bagian tulang belakang. Anestesi spinal maupun epidural memiliki tujuan yang sama yaitu menghilangkan sensasi pada area pinggang hingga ke kaki. Pasien dengan anestesi regional umumnya akan merasakan kebas ataupun kesemutan

Informasi pada pasien tentang anestesi umum baik intravena maupun inhalasi, dapat disampaikan oleh dokter anestesi maupun perawat sesuai kewenangan masing-masing, adapun persiapan pasien sebelum menjalani anestesi diantaranya pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, menyetujui atau informed consent, melepaskan aksesoris dan kosmetik serta puasa preoperatif.

2. Tahap Intraoperatif, merupakan tindakan keperawatan yang diawali pada saat pasien dipindahkan ke kamar operasi dan berakhir saat pasien diantarkan ke *recovery room*. Lingkup keperawatan terdiri dari pemasangan IV Cath, pemantauan fisiologis dan psikologis selama prosedur pembedahan

berlangsung serta memastikan keselamatan pasien. Contoh dari aktivitas keperawatan seperti, memberikan dukungan secara psikologi selama dilakukannya tindakan anestesi, dan melakukan pengaturan posisi agar pasien nyaman serta memudahkan dokter dan tenaga medis lainnya pada saat dilakukan tindakan pembedahan di meja operasi (Farhan & Ratnasari, 2019). Kegiatan pasien mulai dari pasien memasuki ruang operasi, pasien selama operasi dan berakhir saat pasien memasuki ruang pemulihan/ruang pelayanan/ruang pelayanan pasca anestesi, itu yang disebut tahap intraoperatif.

Edukasi Perioperatif pada Fase Intraoperatif meliputi alur ke ruang operasi, persiapan di ruang penerimaan pasien, informasi kamar operasi, persiapan anestesi di kamar operasi dan ruang pemulihan postoperatif.

a. Proses Pengiriman Pasien ke Ruang Operasi

Sebelum pasien dikirim ke ruang operasi maka perawat akan memeriksa seluruh perlengkapan yang harus dibawa ke ruang operasi salah satunya lembar check list. Setelah pasien dijadwalkan untuk dilakukannya tindakan pembedahan maka pasien akan dikirimkan dari kamar rawat menuju ruang operasi menggunakan brankar. Adapun alur yang akan pasien lewati:

1) Meja penerimaan pasien

Meja penerimaan pasien ini bertujuan untuk memeriksa seluruh kelengkapan data pasien dari kamar rawat.



Gambar 2.2. Ruang Operasi Lt. 3 RSUD Arifin Achmad
Sumber: IBS (2022)

3) Memasuki kamar operasi

Setelah waktu tunggu telah selesai, maka pasien akan memasuki kamar operasi berdasarkan jenis tindakan operasi yang akan dijalaninya. Kamar operasi khusus penangkal sinar radiologi maka akan diberi timbal agar tidak menyebabkan efek radiasi. Umumnya ruangan ini dikhususkan pada operasi-operasi yang membutuhkan peralatan khusus seperti bedah saraf. Sedangkan untuk pembedahan laparatomi maupun digestif lainnya tidak memerlukan kamar operasi yang menggunakan timbal melainkan dapat menggunakan kamar operasi biasa. Selanjutnya, pasien akan menjalani proses anestesi. Pasien dengan indikasi laparatomi akan mendapat jenis anestesi berupa anestesi umum ataupun anestesi regional. Keputusan anestesi sudah dilakukan antara dokter dan pasien sesuai dengan kebutuhan pasien dalam menjalani tindakan pembedahan.



Gambar 2.5. Kamar operasi bedah jantung RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
Sumber: IBS (2022)



Gambar 2.6. Kamar operasi bedah digestif RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
Sumber: IBS (2022)

- 4) Pasien dipindahkan ke ruang pemulihan postoperatif (*recovery room*)

Setelah pasien selesai menjalankan operasi maka pasien akan diantarkan ke ruangan *recovery room* dimana pasien akan dipantau oleh perawat sampai kondisi pasien sesuai kriteria pulih sadar dari anestesi sebelum pasien kembali ke kamar rawat pasien. Adapun kriteria pulih sadar dari anestesi sebagai berikut:

Tabel 2 Kriteria pulih sadar dari anestesi umum postoperatif dewasa (Aldrete score)

Objek penilaian	Kriteria	Skor	Total Skor ≥ 9 Pasien Dapat Dipindahkan Ruangan
Kesadaran	Sadar penuh	2	
	Bangun saat dipanggil	1	
	Tidak ada respon	0	
Aktivitas	Mampu menggerakkan semua ekstremitas sesuai perintah	2	
	Mampu menggerakkan dua ekstremitas sesuai perintah	1	
	Tidak dapat menggerakkan ekstremitas	0	

Objek penilaian	Kriteria	Skor	
Respirasi	Dapat bernafas dalam dan batuk	2	Total Skor ≥ 9 Pasien Dapat Dipindahkan Ruangan
	Dispnea, bernafas terbatas atau dangkal	1	
	Apnea	0	
Sirkulasi	TD ±20 mmHg dari sebelum anestesi	2	
	TD ±20 – 50 mmHg dari sebelum anestesi	1	
	TD ≥ ± 50 mmHg dari sebelum anestesi	0	
Saturasi Oksigen	SPO2 > 92% dengan udara ruang	2	
	Penambahan O2 regular untuk mempertahankan SPO2 > 90%	1	
	SPO2 < 90% dengan penambahan oksigen	0	

Sumber: Euliano et al (2011)

Tabel 3 Kriteria pulih sadar dari anestesi regional (*Bromage score*)

Kriteria	Skor	
Pasien mampu mengangkat tungkai bawah dan menekuk lutut	0	Total Skor 0 atau 1 Pasien Dapat dipindahkan Ke Ruangan
Pasien mampu mengangkat kaki namun tidak dapat menekuk kaki	1	
Tidak dapat mengangkat kaki namun dapat menekuk lutut	2	
Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	

Sumber: Fraser et al (2021)

3. Tahap Postoperatif, yaitu tahap lanjutan dari tahap preoperatif dan intraoperatif. Tahap postoperatif merupakan tindakan keperawatan pada saat pasien diterima di *recovery room* dan berakhir pada saat persiapan pemulangan pasien ke rumah. Lingkup kegiatan keperawatan postoperatif terdiri, mengevaluasi dampak dari tindakan anestesi, memantau tanda-tanda vital serta memantau dampak/komplikasi dari tindakan pembedahan (Maryunani, 2014). Maka dari itu edukasi tahap postoperatif merupakan edukasi dari kegiatan pasien setelah operasi yang dimulai pada saat pasien masuk ke ruang pemulihan (*recovery room*), proses pemulihan pasien di kamar rawat inap dan berakhir pada saat persiapan pasien pulang. Adapun edukasi yang diberikan pada tahap ini, antara lain:

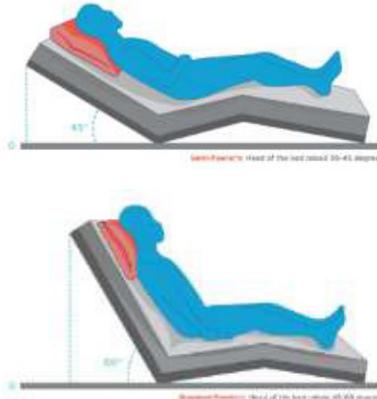
- a. Reaksi Mual-Muntah

Efek yang tidak menyenangkan dan sering terjadi setelah pembedahan atau pembedahan yaitu mual dan muntah. Mual dan muntah pasca operasi disebut postoperatif nausea and vomiting (PONV). Mual muntah paostoperatif atau dikenal PONV dapat menimbulkan komplikasi medis dan efek psikologis, serta mengganggu proses penyembuhan secara keseluruhan, sehingga memperlambat laju pemulihan pasien pascaoperasi dan meningkatkan biaya pengobatan selama rawat inap (Farhan & Ratnasari, 2019)

- b. Latihan Preoperatif: Latihan Nafas Dalam

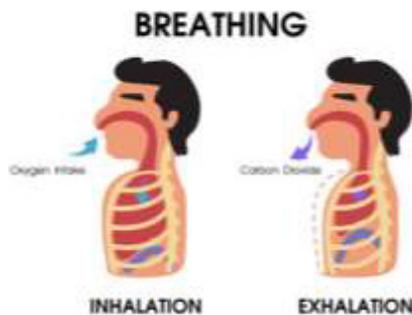
Nafas dalam merupakan salah satu cara dalam mengatasi kecemasan preoperatif dan nyeri termasuk nyeri postoperatif. Oleh karena itu, perawat harus mengajarkan pasien teknik nafas dalam sebelum dilakukannya tindakan pembedahan, hal tersebut dikarenakan agar pasien mengetahui cara mengontrol perasaannya agar siap menjalani tindakan pembedahan dan mengatasi nyeri postoperatif sehingga pasien dapat secara mandiri dan tidak tergantung dengan obat analgesik. Adapun prosedur latihan nafas dalam sebagai berikut (Maryunani, 2014):

- 1) Posisikan pasien fowler atau semi fowler (duduk/ setengah duduk) posisi 45 derajat dengan posisi pasien menekukan lutut, lalu memastikan perut tidak tegang serta tempatkan kedua telapak tangan di atas perut (perhatikan gambar 1)



Gambar 1

- 2) Anjurkan pasien menghirupkan nafas secara perlahan namun dalam melalui hidung (kondisi mulut ditutup). Jika pasien benar melakukannya maka dada dan perut akan mengembang. Jika area insisi pada perut maka, penarikan nafas dapat diminimalkan (perhatikan gambar 2)



Gambar 2

- 3) Tahan nafas sekitar 3-5 detik
- 4) Setelah itu, hembuskan nafas secara perlahan melalui mulut
- 5) Setelah itu, lakukan nafas dalam sebanyak 15 kali untuk mengurangi rasa nyeri postoperatif

Pasien perlu mengetahui bahwa sebaiknya menggunakan pernafasan diafragma setelah pembedahan, dikarenakan sangat penting dalam upaya pengembangan organ paru postanestesi. Pernafasan diafragma merupakan dimana pasien bernafas ditandai dengan pengembangan rongga perut saat mengambil nafas dan mengempis saat menghembuskan nafas (Maryunani, 2014).

c. Latihan Preoperatif: Latihan Batuk Efektif

Latihan batuk efektif merupakan kegiatan postoperatif yang sangat penting bagi pasien, terkhusus pada pasien yang menjalani operasi dengan anestesi umum. Pasien dengan anestesi umum biasanya akan dibantu pernafasannya dengan alat bantu nafas, hal tersebut menyebabkan perasaan tidak nyaman pada tenggorokan karena penumpukan lendir/sekret. Batuk efektif sangat membantu dalam mengeluarkan lendir/sekret yang tertahan pada tenggorokan. Adapun sebagai berikut prosedur batuk efektif (Farhan & Ratnasari, 2019):

- 1) Posisikan pasien fowler atau semi fowler (duduk/ setengah duduk) posisi 45 derajat dengan posisi pasien menekukan lutut, lalu memastikan perut tidak tegang serta tempatkan kedua telapak tangan di atas perut diatas bekas operasi, atau dapat meletakkan bantal kecil/gulungan handuk di atas bekas operasi untuk meminimalkan nyeri (perhatikan gambar 1)
- 2) Anjurkan pasien menghirupkan nafas secara perlahan namun dalam melalui hidung (kondisi mulut ditutup). Jika pasien benar melakukannya maka dada dan perut akan mengembang (perhatikan gambar 2)

- 3) Tahan nafas sekitar 3-5 detik
- 4) Setelah itu, hembuskan nafas secara perlahan melalui mulut
- 5) Setelah itu, lakukan nafas dalam sebanyak 3-5 kali untuk mengurangi rasa nyeri postoperatif
- 6) Selanjutnya, lakukan batuk spontan, untuk mengeluarkan lendir/sekret yang menempel.

Pasien perlu memperhatikan sebelum melakukan batuk efektif seperti peletakkan bantal kecil atau gulungan handuk. Hal tersebut, karena akan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien serta meminimalkan guncangan pada daerah insisi/bekas luka operasi.

- d. Latihan Preoperatif: Latihan Mobilisasi dan Range of Motion (ROM)

Latihan mobilisasi dan range of motion (ROM) memiliki manfaat yang besar bagi pasien, karena dapat mempercepat proses penyembuhan postoperatif. Pasien/keluarga pasien sering salah persepsi tentang pergerakan pasien postoperatif. Banyak pasien ragu-ragu untuk bergerak karena mereka takut insisi/bekas operasi menjadi lama sembuh. Pernyataan ini jelas keliru, seolah-olah pasien segera bergerak setelah operasi akan memperpanjang lama penyembuhan, namun berdasarkan riset mobilisasi dan Range Of Motion (ROM) postoperatif dapat merangsang usus (berkemih) dan mengembalikan peristaltik usus sehingga mempercepat pasien untuk kentut/flaktus (Farhan & Ratnasari, 2019).

Manfaat selanjutnya adalah menghindari terjadinya penumpukan sekret di trakea atau tenggorokan dan dapat menghindari kontraktur sendi dan luka tekan. Tujuan lainnya adalah untuk meningkatkan sirkulasi, mencegah kongesti vena dan mempertahankan fungsi pernapasan

yang optimal. Intervensi bertujuan untuk mengubah posisi tubuh dan range of motion (ROM) (Farhan & Ratnasari, 2019).

Mobilisasi dan ROM dapat diawali dengan gerakan-gerakan secara ringan atau pasif, tetapi seiring dengan peningkatan tonus otot, pasien diminta untuk melakukannya sendiri. Kesehatan fisik sangat penting bagi pasien yang menjalani operasi dan kesehatan umum yang baik mendukung dan mempengaruhi proses penyembuhan. Adapun menurut Jitowiyono & Kritiyanasari (2012) tahap-tahap mobilisasi dini terdiri dari:

- 1) Istirahat di tempat tidur harus diamati selama 6 jam pertama setelah laparotomi. Kemudian melakukan range of motion (ROM) dengan menggerakkan, menekuk, dan meregangkan lengan, lengan, dan kaki.
 - 2) Setelah 6-10 jam, pasien melanjutkan latihan pada otot miring kanan dan kiri untuk mencegah trombosis dan tromboemboli.
 - 3) 24 jam setelah laparotomi, pasien dapat melakukan duduk di tempat tidur dan duduk di tepi tempat tidur pasien.
 - 4) Setelah 1 hari setelah laparotomi pasca operasi dapat belajar perlahan berjalan dan buang air kecil secara mandiri
4. Aktivitas selanjutnya memperhatikan kondisi pasien dalam upaya peningkatan penyembuhan pasien serta meningkatkan pengetahuan pasien dengan melakukan penyuluhan/*discharge planning* sebagai tindak lanjut mempersiapkan pasien untuk pulang ke rumah (Farhan & Ratnasari, 2019).

C. Memilih Media Edukasi Perioperatif yang Akan Diberikan

Media edukasi kesehatan dipilih berdasarkan selera yang terarah, dapat memiliki efek jangka panjang, disampaikan dengan minat dan frekuensi. Adapun bentuk media yang dapat diberikan, antara lain:

1. Media cetak merupakan suatu media yang dapat digunakan dalam pemberian informasi perioperatif pada saat dirumah sakit. Media cetak ini biasanya berfungsi untuk menyampaikan informasi secara visual dalam kertas, berisi tulisan dan gambar.
2. *Booklet* adalah media yang berbentuk buku kecil dan sederhana yang berisikan berbagai informasi secara singkat dan jelas yang didalamnya juga terdapat gambar yang bersifat informatif.
3. *Leaflet* merupakan media edukasi kesehatan yang paling sering diberikan rumah sakit sampai klinik. Leaflet menyampaikan informasi kesehatan dalam bentuk lembaran-lembaran kertas yang berisi tulisan, gambar maupun kombinasi.
4. Selebaran (*flyer*) merupakan media pemberian informasi yang berbentuk selebaran kertas biasa.
5. Lembar balik (*flipchart*) juga merupakan media yang paling sering digunakan pada pelayanan kesehatan. Media lembar balik berisi informasi-informasi kesehatan yang berbentuk tulisan, gambar, ataupun kombinasi. Media lembar balik dapat memberikan informasi kesehatan yang lebih kompleks, mudah dibawa kemana-kemana dan dapat diletakkan di meja-meja kamar pasien maupun ruangan konsultasi.
6. Surat kabar atau majalah merupakan yang membahas tulisan-tulisan yang berisi masalah-masih yang ada didunia kesehatan.
7. Poster adalah media cetak berbentuk selebaran yang berisi pesan atau informasi yang dipasang di dinding, di tempat umum, atau di kendaraan umum serta sosial media lainnya.
8. Media elektronik yang berfungsi sebagai sarana edukasi kesehatan.

9. Papan reklame (*billboard*) adalah papan-papan iklan yang memuat informasi atau pesan kesehatan dipasang di tempat-tempat umum.

Berdasarkan uraian tersebut, masing-masing media edukasi kesehatan memiliki kelebihan dan kekurangan. Sebagai pilihan yang banyak diminati oleh pemberi edukasi adalah media yang memiliki kelebihan seperti lebih murah, mudah dibawa kemana saja, dapat meliputi gambar-gambar yang membantu dalam memberikan informasi kesehatan berdasarkan tahapan edukasi perioperatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Euliano, T. Y., Gravenstein, J. S., Gravenstein, R., & Gravenstein, D. (2011). *Essential Anesthesia*. Cambridge University Press.
- Farhan, Z., & Ratnasari, D. (2019). *Perioperatif*. Manggu Makmur Tanjung Lestari (Anggota IKAPI).
- Fraser, S., Davies, M., Gillespie, B., & Lockwood, B. (2021). *Perioperative Nursing an Introduction*. Elsevier Pty Ltd.
- Jitowiyono, S., & Kritiyanasari, W. (2012). *Asuhan keperawatan post operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Maryunani, A. (2014). *Asuhan keperawatan perioperatif-pre operasi (menjelang pembedahan)*. Trans Info Media.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Fundamental of nursing* (7th ed.). Elsevier Pte Ltd.
- Price, M. (2021). *Abdominal, surgical incisions, gridiron, pfannenstiel, geeky medics*. 07 November 2021.
- Sjamsuhidajat, R., & Jong, D. (2017). *Buku ajar ilmu bedah* (4th ed.). Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah vol 1* (8th ed.). EGC.
- Unnisa, M. (2017). Anaesthesia-the prime importance of surgery & fasting requirements review. *Indo American Journal of Pharmaceutical Research*, 7(05).

BAB 3

STUDI KASUS

- Latar Belakang
- Ilustrasi Kasus
- Pelaksanaan
- Bahasan Hasil Penelitian

A. Latar Belakang

Bedah merupakan suatu usaha menyembuhkan sebuah penyakit dengan melakukan pengirisan, pemotongan, pengeratan untuk meniadakan ataupun memperbaiki suatu penyakit (Sari, 2015). Pembedahan dibagi menjadi dua yaitu pembedahan minor dan pembedahan mayor. Pembedahan minor merupakan tindakan invasif yang menggunakan peralatan sederhana dan anestesi lokal yang memiliki minimal resiko dibandingkan pembedahan mayor.

Pembedahan mayor merupakan pembedahan yang melibatkan seluruh tubuhnya seperti anestesi umum yang membuat pasien akan hilang kesadaran, sehingga resiko pembedahannya cukup besar, serta lama operasi dan waktu pemulihan cukup lama. Terdapat berbagai jenis pembedahan antara lain, pembedahan diagnostik, pembedahan kuratif, pembedahan restoratif, pembedahan paliatif, dan pembedahan kosmetik. Pembedahan diagnostik merupakan pembedahan yang banyak dilakukan didunia yang bertujuan menentukan penyebab dari suatu penyakit seperti biopsi, eksplorasi dan laparatomi (Hidayat & Uliyah, 2014).

Laparatomi merupakan salah satu tindakan pembedahan yang banyak dilakukan didunia, berasal dari bahasa Yunani dengan arti Lapara yaitu daerah yang lunak diantara tulang rusuk dan pinggul, sedangkan tomi berarti pemotongan atau pengirisan (Rajaretnam, Okoye, & Burns, 2021). Terdapat berbagai jenis tindakan laparatomi didunia yaitu terdiri dari herniotomi, gasterektomi, kolesistoduo denostomi, hepatoroktomi, splenotomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi, fisulotomi, dan histerektomi (Sjamsuhidajat & Jong, 2017).

Tindakan laparatomi menimbulkan berbagai macam respon terhadap pasien sebelum dilakukannya tindakan pembedahan yang memengaruhi kesiapan pasien. Respon pasien yang muncul berbentuk suatu reaksi emosional yang terlihat jelas maupun tersembunyi, dan yang normal maupun abnormal. Reaksi emosional yang muncul sebelum dilakukannya tindakan salah satunya berupa kecemasan, hal tersebut sebagai upaya tubuh mengantisipasi

terhadap suatu pengalaman yang belum dialami sebelumnya dan dianggap sebuah ancaman bagi integritas tubuh maupun kehidupannya (Smeltzer & Bare, 2013).

Masalah kecemasan preoperatif dan ketidaksiapan pasien, disebabkan karena ketidaktahuan, ketidakpahaman, dan kekhawatiran terhadap prosedur laparatomi. Tidak jarang bahwa informasi perioperatif yang didapatkan oleh pasien hanya berupa informasi terkait informed consent, dan informasi puasa. Sehingga, pasien masih merasa bingung, cemas dan tidak siap menjalani pembedahan yang akan dijalannya. Salah satu intervensi yang dapat mengatasi masalah kecemasan dan ketidaksiapan pasien yaitu dengan pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (flipchart). Hal tersebut dikarenakan pasien dapat lebih mudah memahami informasi perioperatif.

B. Ilustrasi Kasus

Edukasi Perioperatif terhadap tingkat kecemasan dan kesiapan pasien yang menjalani tindakan laparatomi telah diuji secara klinis terhadap 32 responden selama 4 bulan penelitian pada tahun 2022 di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan judul pengaruh pemberian informasi perioperatif: Media flipchart terhadap tingkat kecemasan dan kesiapan pasien yang menjalani tindakan laparatomi. Variabel independen pada penelitian adalah pemberian informasi perioperatif dan variabel dependen adalah tingkat kecemasan dan kesiapan.

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi karakteristik pasien laparatomi yang meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, status perkawinan dan pengalaman pembedahan, mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien sebelum dan setelah dilakukan pemberian informasi perioperatif, mengidentifikasi kesiapan pasien sebelum dan setelah dilakukan pemberian informasi perioperatif, menganalisis perbedaan tingkat kecemasan pasien pada kelompok intervensi setelah pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (flipchart),

dengan kelompok kontrol tanpa pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*), dan menganalisis perbedaan kesiapan pasien pada kelompok intervensi setelah pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*), dengan kelompok kontrol tanpa pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*).

Pemberian informasi perioperatif merupakan informasi yang diberikan oleh perawat mulai dari fase preoperatif, intraoperatif dan postoperatif yang bertujuan untuk menyiapkan pasien menghadapi prosedur pembedahan yang akan dijalankannya, sedangkan tingkat kecemasan yang dimaksud pada penelitian ini adalah respon negatif dari tubuh muncul pada pasien yang akan menjalani pembedahan, sementara kesiapan bermaksud mencari gambaran tentang kemampuan yang mencakup keyakinan, komitmen dan motivasi individu dalam menghadapi dan melakukan proses pembedahan.

Media lembar balik (*flipchart*) pada penelitian ini adalah sebagai media penelitian yang digunakan untuk memberikan edukasi kesehatan, pada pasien yang dimungkinkan akan mengalami kecemasan dan ketidaksiapan menjalani laparatomi. Adapun isi dari lembar balik terdiri dari informasi perioperatif yaitu definisi, informasi preoperatif (pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, informasi anestesi, dan *informed consent*), informasi intraoperatif (alur masuk ruang operasi, informasi prosedur pemasangan anestesi dan informasi postoperatif di ruangan *recovery room*) dan informasi postoperatif (manajemen mual muntah, latihan nafas dalam, latihan batuk efektif, latihan mobilisasi dan ROM), dan perawatan luka postoperatif. Lembar balik (*flipchart*) ini disusun berdasarkan teori-teori perioperatif dari berbagai sumber, SPO pemberian edukasi dan keluarga RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, lalu diperiksa kembali oleh Koordinator Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Data yang dikumpulkan pada responden penelitian meliputi beberapa data yang diduga sebagai faktor penyebab kecemasan preoperatif seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan

terakhir, status perkawinan dan pengalaman pembedahan, hingga ditemukan karakteristik kecemasan dengan kategori tidak ada, ringan, sedang, berat dan kecemasan berat sekali/panik, sampai ditemukannya kesiapan pasien apakah sangat siap, siap, cukup siap, kurang siap, dan sangat kurang siap setelah diberikan informasi perioperatif. Informasi ini dimulai dari informasi preoperatif tentang persiapan psikologi dan persiapan fisik, informasi intraoperatif tentang alur masuk ruang operasi dan proses anestesi, sampai informasi postoperatif diberikan tentang latihan nafas dalam, latihan batuk efektif dan latihan mobilisasi serta ROM.

Karakteristik usia pada penelitian ini berada pada rentang 20-65 tahun, jenis kelamin laki-laki dan perempuan, pekerjaan mulai dari yang tidak bekerja, masih mahasiswa, swasta, wiraswasta, buruh, petani, ibu rumah tangga dan PNS. Status perkawinan, dikumpulkan mulai dari belum menikah, sudah menikah sampai janda atau duda, sedangkan pengalaman pembedahan diambil hanya dari pengalaman pertama sampai pengalaman keempat.

C. Pelaksanaan

Penelitian ini telah dinyatakan lulus uji etik oleh komite STIKes Hang Tuah Pekanbaru dengan nomor: 073/KEPK/STIKES-HTP/II/2022. Sebelum dimulainya pemberian intervensi, masing-masing kelompok diberikan *consent* serta diberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian. Milton (1999), dan Loiselle, Profetto-McGgarath, Pollit & Beck (2004) dalam Dharma (2011) menjelaskan bahwa menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*), itu prinsip etik yang harus dijalankan oleh setiap peneliti. Subjek yang diteliti memiliki hak kebebasan untuk memilih apakah akan berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak. Responden berhak mendapat informasi lengkap tentang tujuan penelitian manfaat, prosedur penelitian, risiko, manfaat kerahasiaan informasi, serta metode yang digunakan peneliti. Pada saat penelitian, peneliti menjelaskan terkait proses dan prosedur penelitian yang dilakukan pada responden, dan tidak terdapat penolakan dari responden.

Peneliti membagi responden menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan intervensi, menggunakan desain kuasi eksperimen pada pendekatan *pre-test and post-test with control group*. Pemilihan desain ini, dimaksudkan untuk memperlihatkan perubahan yang terjadi terhadap uji coba suatu intervensi. Mengetahui perbedaan pengamatan antara kelompok yang diberi intervensi dan yang tidak, tanpa dilakukan randomisasi serta variabel dependen diukur satu kali setelah intervensi diberikan (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

Kelompok intervensi yaitu kelompok pasien yang mendapatkan informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (flipchart) 1 hari sebelum menjalani tindakan laparotomi dan 60 menit sebelum diantarkan ke ruang operasi. Kelompok kontrol yaitu kelompok pasien yang tidak mendapatkan pemberian intervensi pada saat penelitian berlangsung, namun diberikan di akhir penelitian yaitu setelah pengisian kuesioner post-test pada kedua kelompok. Kegiatan tersebut bertujuan untuk menerapkan salah satu etika penelitian yaitu keadilan (justice) dimana peneliti harus memberikan perlakuan yang sama kepada semua pasien tanpa memandang ras, suku dan agama pasien.

Prinsip keadilan dan inklusivitas (Respect for justice and inclusiveness), merupakan prinsip keterbukaan dan adil yang perlu dijaga oleh setiap peneliti dengan secara jujur, profesional, keterbukaan, dan hati-hati. Maka dari itu ketika dilakukannya penelitian, peneliti perlu mengkondisikan lingkungan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Setiap subjek mendapatkan intervensi dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis, dan lain-lainnya.

Pada saat penelitian, peneliti melakukan penelitian dengan perbandingan 1:1 atau menyelesaikan penelitian kelompok intervensi dahulu dan dilanjutkan dengan melakukan penelitian pada kelompok kontrol. Hal tersebut dikarenakan ruang tempat penelitian mengelompokkan pasien pada satu kamar rawat inap

yang terdiri 1-3 pasien yang akan menjalani tindakan laparatomi dalam hari dan waktu yang sama, sehingga masing-masing pasien memperoleh perlakuan yang sama. Peneliti melakukan pemberian intervensi kepada masing-masing pasien yang ada di ruangan tersebut, sedangkan kelompok kontrol akan dilakukan intervensi setelah kelompok intervensi selesai diambil data penelitiannya.

Intervensi penelitian yang dilakukan adalah memberikan edukasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*), dengan menerapkan prinsip memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Blancing harms and benefits*). Prinsip ini berarti bahwa semua penelitian harus mempertimbangkan kepentingan terbaik dari tanggapan terhadap penyelidikan dan populasi temuan penelitian terhadap sumbernya (*beneficience*) dan mengurangi risiko kerugian peneliti (*Nonmaleficience*). Sebelum dilakukannya penelitian, peneliti telah memahami dan mengkaji secara mendalam tentang konsep tindakan laparatomi, konsep perioperatif, kecemasan dan kesiapan pasien dalam menghadapi pembedahan melalui buku, jurnal terkait maupun studi literatur selain itu, media Lembar balik (*flipchart*) dan telah bekerja sama dengan Koordinator Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, yang juga sebagai anggota peneliti. Harapan melibatkan anggota peneliti berasal dari rumah sakit tempat penelitian agar dapat menyempurnakan informasi perioperatif yang peneliti berikan tepat guna dan telah sesuai dengan informasi-informasi yang dibutuhkan pasien, dan tidak menimbulkan kerugian bagi subjek penelitian.

Penelitian ini, dapat melihat kejadian kecemasan dan kesiapan pasien sebelum operasi melalui penjumlahan skor tingkat kecemasan dan kesiapan pada nilai uji sebelum dan sesudah diberikan edukasi menggunakan lembar kuesioner Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) dan The Preoperative Assessment of Readiness Tool (PART).

Kecemasan didokumentasikan menggunakan APAIS, yang dikembangkan oleh Moerman (1995) di Belanda. Instrumen ini di uji validitas dan reliabilitas pertama kali kedalam bahasa Indonesia oleh Firdaus (2014), dan masih bersifat umum untuk digunakan ke seluruh responden. Tujuan dari penelitian ini yaitu menganalisis pengaruh pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (flipchart) terhadap tingkat kecemasan dan kesiapan pasien yang menjalani tindakan laparatomi, sehingga peneliti melakukan beberapa modifikasi agar dapat mengidentifikasi kecemasan preoperatif yang dihadapi pasien sebelum dilaksanakan tindakan pembedahan pasien, Terdapat 14 pernyataan yang terdiri dari 6 pernyataan yang diambil dari kuesioner APAIS dan penambahan 8 pernyataan berdasarkan teori kecemasan perioperatif dan lembar balik (flipchart) yang membahas kecemasan selama masa preoperatif, intraoperatif dan postoperatif.

Penggunaan kuesioner The Preoperative Assessment of Readiness Tool (PART), untuk mengukur kesiapan responden yang dikembangkan oleh Torres & Macindo (2018) dalam penelitiannya tentang Scale Development and Psychometric Evaluation of The Preoperative Assessment of Readiness Tool (PART). Pengukuran ini penting dalam mengukur kesiapan pasien dalam menghadapi tindakan pembedahan, terdiri dari 15 pernyataan.

Kedua kuesioner yang digunakan oleh peneliti, telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada bulan februari tahun 2022 di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Hasil uji validitas menggunakan korelasi pearson product moment didapatkan nilai rhasil \geq rtabel (0,444) dan uji reliabilitas pada kuesioner APAIS didapatkan nilai cronbach alpha 0,823 – 0,845 pada 14 pernyataan dan kuesioner PART didapatkan nilai cronbach alpha 0,864 – 0,879 pada 15 pernyataan, sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner APAIS modifikasi dan PART terjemahan dinyatakan reliabel atau dapat digunakan sebagai instrumen penelitian dikarenakan nilai cronbach Alpha \geq 0,80.

Setelah responden menyatakan bersedia maka dilanjutkan dengan, pengisian kuesioner kecemasan dan kesiapan pasien sebagai nilai *pre-test* penelitian.

Data penelitian yang telah dikumpulkan tetap memperhatikan prinsip etik menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*Respect for privacy and confidentiality*), sebab sebagai topik penelitian, responden memiliki hak atas kerahasiaan dan hak asasi manusia untuk menerima kerahasiaan informasi. Ketika melakukan studi penelitian, banyak hal yang menyebabkan responden mengungkapkan informasi kepada peneliti, sehingga penyimpanan berbagai informasi terkait dengan kerahasiaan tersebut yang orang lain tidak ingin diidentifikasi sepenuhnya harus terjaga dengan baik. Seluruh data yang telah diisikan pada kuesioner penelitian menggunakan inisial dan atau pengkodean yang bertujuan agar biodata responden tetap terjaga.

D. Bahasan Hasil Penelitian

Hasil penelitian karakteristik usia responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau menunjukkan rerata usia kelompok intervensi yaitu berusia 44 tahun, dan kelompok kontrol 48 tahun. Lin et al, (2020) menjelaskan bahwa kategori usia dewasa (15-47 tahun) dan dewasa pertengahan (48-63 tahun), serta lansia >63 tahun, sehingga usia pada kedua kelompok masuk kedalam kategori dewasa. Semakin tua usia, maka semakin matang pemikiran dan mekanisme coping yang dimiliki individu tersebut, serta semakin mampu mengendalikan stresor yang dihadapi individu itu sendiri (Sari, 2019). Stresor pada penelitian ini merupakan salah satu faktor yang menentukan kesiapan responden yaitu menghadapi proses pembedahan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elly & Asmawati (2016) dan Murdiman, Harun, & Solo (2019) yang menyatakan bahwa rerata usia pasien yang menjalani tindakan laparatomi berusia 46 tahun atau masuk dalam kategori dewasa. Usia memengaruhi individu dalam bersikap dan bertindak. Individu

dalam kategori dewasa akan lebih mudah beradaptasi dengan lingkungan. Semakin muda usia maka semakin sulit menghadapi dan menyesuaikan dengan lingkungan perawatan. Usia yang lebih matang cenderung akan lebih siap menghadapi masalah dan akan lebih baik menangani kecemasan, sehingga tingkat kecemasan cenderung lebih rendah (Haniba, 2018). Usia juga menjadi tolak ukur individu dalam menerima informasi yang diberikan, semakin dewasa usia, maka semakin mudah individu menerima dan memahami informasi yang diberikan, hal tersebut dapat meminimalkan kecemasan yang dihadapi individu.

Jenis kelamin terbanyak pada penelitian ini adalah jenis kelamin laki-laki, yaitu 19 orang (59,4%), yang merupakan perbedaan secara fisiologis maupun biologis dengan perempuan. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan kecemasan dan ketidaksiapan individu dalam menghadapi proses pembedahan. Penelitian Maurice-Szamburski, Loundou, Capdevila, Bruder, & Auquier (2013), menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki memiliki kemampuan lebih baik menyerap informasi dibandingkan jenis kelamin perempuan. Jenis kelamin laki-laki dianggap lebih memiliki banyak waktu melakukan aktivitas di lingkungan luar, lebih aktif, dan eksploratif yang berbanding terbalik dengan jenis kelamin perempuan yang lebih banyak melakukan aktivitas di rumah. Sehingga, sistem transfer informasi dan tingkat pengetahuan jenis kelamin perempuan cenderung lebih terbatas yang menyebabkan jenis kelamin perempuan lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan laki-laki.

Jenis kelamin tidak sepenuhnya berhubungan dengan tingkat kecemasan, seperti yang didapatkan dari penelitian Sari (2020), bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan terhadap kecemasan pasien. Hal ini disebabkan oleh masing-masing laki-laki dan perempuan sama-sama memiliki peluang untuk mengalami kecemasan. Kecemasan itu muncul berdasarkan sumber cemas dan mekanisme koping yang dimiliki individu. Kecemasan yang terjadi pada jenis kelamin laki-laki diakibatkan oleh ketakutan akan

kehilangan sumber pencarian, yang diakibatkan oleh dampak setelah pembedahan. Sedangkan, pada jenis kelamin perempuan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan diakibatkan perubahan secara fisiologis yaitu hormonal (estrogen dan progesteron). Akibat dari kecemasan yang dialami, akan menimbulkan perasaan yang tidak siap untuk menjalani operasi (Palla, Sukri, & Suwarsi, 2018), sehingga laki-laki dan perempuan pun memiliki peluang yang sama pula terhadap kesiapan menghadapinya.

Hasil penelitian pendidikan terakhir didapatkan data mayoritas adalah Sekolah Dasar (SD), yaitu 14 orang (40,7%) dari total responden. Pendidikan merupakan jenjang yang dijalani oleh individu berupa bimbingan, yang bertujuan meningkatkan pengetahuan, berdasarkan UU No. 20 tahun 2003. Undang-undang menjelaskan bahwa jenjang pendidikan dikategorikan menjadi 3 yaitu pendidikan rendah yaitu SD, Pendidikan menengah yaitu SMP dan SMA, serta Pendidikan Tinggi yaitu Perguruan Tinggi. Menurut Notoatmodjo (2019) menjelaskan bahwa semakin tinggi pendidikan maka, semakin mudah individu dalam menerima informasi yang diberikan, serta lebih mudah dalam mengendalikan suatu emosi. Aryani & Shomad (2017), mengatakan bahwa individu dengan pendidikan rendah umumnya cenderung lebih sulit dalam memahami dan menerima informasi.

Menurut Sandra, Dahlia, Arista, & Gultom (2021) tingkat pendidikan merupakan sesuatu hal yang memiliki pengaruh dalam merubah pola pikir, perilaku, dan pengambilan keputusan. Semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki individu maka semakin rasional keputusan yang diambil. Semakin tinggi pendidikan dimiliki pasien maka semakin mudah perawat dalam memberikan pengajaran dan pelatihan terhadap pemberian pendidikan kesehatan perioperatif, sehingga semakin besar pula kesiapan pasien menghadapi pembedahan.

Data yang didapatkan selanjutnya adalah jenis pekerjaan terbanyak dari responden, yaitu buruh dan petani dengan masing-masing sebanyak 7 orang (21.9%). Status pekerjaan menentukan

penghasilan yang didapatkan oleh individu. Penghasilan dibawah UMR menyebabkan pasien lebih besar mengalami kecemasan dan perasaan tidak siap untuk pembedahan Hastuti, Windarti, & Kemaludin (2021).

Pekerjaan merupakan indikator yang penting dalam menyebabkan kecemasan preoperatif, karena sebagai penentu utama status sosial ekonomi individu, kondisi penyakit dan proses pengobatan yang dijalani tentu akan menyebabkan pengeluaran untuk biaya pengobatan. Dengan pengeluaran biaya yang cukup banyak menyebabkan beban yang dijalani oleh individu meningkat. Hal ini berakibat pada peningkatan kecemasan terhadap preoperatifnya juga kecemasan terhadap ketidakmampuannya dalam membayar biaya operasi yang akan dijalani, serta akan memengaruhi kesiapannya secara fisiologis, psikologis dan ekonomi (Sari, Riasmini, & Gusmelinda, 2020).

Individu yang merupakan tulang punggung penghasilan keluarga dan yang menjalani tindakan pembedahan, akan merasakan kecemasan yang lebih besar dibanding individu yang tidak mengalami demikian. Kecemasan yang sering terjadi diakibatkan oleh ketakutan akan kehilangan sumber pencarian, dan menyebabkan perubahan status ekonomi dalam keluarga sehingga mengakibatkan kebutuhan sehari-hari sulit dipenuhi, serta mengakibatkan kesulitan secara ekonomi (Sari, Riasmini, & Gusmelinda, 2020). Hal inilah yang melatarbelakangi pekerjaan dan status ekonomi menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya masalah kecemasan dan kesiapan pasien dalam menghadapi proses pembedahan, Semakin rendah penghasilan yang dihasilkan pasien, maka akan semakin besar alam menyebabkan masalah kecemasan dan kesiapan pasien.

Selanjutnya hasil penelitian tentang status perkawinan rerata pasien yang menjalani tindakan laparatomi adalah sudah menikah sebanyak 25 orang (78,2%). Status perkawinan ini, memiliki hubungan erat dengan dukungan keluarga kepada pasien yang akan menghadapi pembedahan. Keterlibatan keluarga merupakan

indikator yang sangat penting dalam memberikan dukungan psikososial (Sari, Riasmini, & Gusmelinda, 2020). Individu yang belum menikah memiliki peluang kecemasan yang lebih besar dibandingkan dengan telah menikah. Individu yang telah menikah lebih kecil kemungkinan terjadi kecemasan dibandingkan status perkawinan lainnya. Hal tersebut dikarenakan individu yang telah menikah dapat berbagi beban emosional, motivasi dan memberikan dukungan sosial dan dukungan keluarga, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Basofi, 2013). Banyak penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini seperti Rahmayati, Silaban, & Fatonah (2018) kemudian Palla, Sukri, & Suwarsi (2018), mereka sama-sama sepakat bahwa dukungan keluarga sangat memengaruhi kecemasan pasien menghadapi pembedahan. dukungan dari suami/istri, anak maupun keluarga lainnya memberikan perasaan aman, senang, dan nyaman yang dapat meningkatkan semangat hidup pasien.

Kecemasan, juga dipengaruhi oleh pengalaman individu terhadap pengembangan mekanisme koping sehari-hari, sebab pengalaman pembedahan akan menjadi suatu penentu mekanisme koping yang dapat bersifat positif maupun maladaptif. Pada penelitian ini, pengalaman responden menjalani pembedahan mayoritas adalah pengalaman pertama kali sebanyak 23 orang (71.9%). Sugiarta, Juniarta, & Kamayani (2021) menyatakan bahwa pasien yang belum memiliki pengalaman pembedahan sebelumnya lebih besar peluang mengalami kecemasan dibandingkan dengan pasien yang memiliki pengalaman pembedahan. Hasil penelitian ini juga didukung oleh Aryani & Shomad (2017), yang menyatakan bahwa sebagian besar responden tidak memiliki pengalaman pembedahan akan mengalami kecemasan, dikarenakan pasien tidak tahu dan tidak memahami prosedur persiapan pembedahan. Meskipun demikian, Sari, Riasmini, & Gusmelinda (2020) menyatakan bahwa pasien yang pernah mengalami pembedahan juga dapat merasakan cemas. Perasaan itu muncul dapat disebabkan oleh pengalaman yang buruk dan perasaan takut terhadap pengurangan dampak buruk terhadap dirinya.

Berdasarkan uraian tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa individu yang tidak memiliki pengalaman cenderung lebih tinggi resiko mengalami masalah kecemasan dan kesiapan yang disebabkan oleh kurangnya informasi sebelum operasi, karena tidak mendapatkan informasi dari perawat ruangan, namun pasien dengan pengalaman pembedahan sebelumnya juga memiliki peluang untuk mengalami kecemasan. Hal tersebut dikarenakan pengalaman yang dialami pasien dapat bersifat positif atau negatif. Jika pasien memiliki pengalaman bersifat positif, maka pasien telah memiliki kesiapan yang lebih baik, namun jika pengalaman bersifat negatif maka akan menyebabkan pasien lebih cemas dan tidak siap menghadapi pembedahan.

Perbedaan rerata tingkat kecemasan pasien kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang menjalani tindakan laparatomi sebelum dan sesudah diberikan informasi perioperatif menggunakan lembar balik (*flipchart*) oleh perawat, didapatkan data rerata tingkat kecemasan kelompok intervensi sebelum (*pre-test*) yaitu pada kategori tingkat kecemasan sedang, kemudian setelah diberikan intervensi (*post-test*) pada 60 menit mendekati waktu pelaksanaan operasi, kecemasan pasien berada pada kategori tidak ada kecemasan. Pada kelompok kontrol didapatkan rerata kecemasan sebelum (*pre-test*) pada kecemasan ringan, kemudian mendekati pelaksanaan operasi berada pada kecemasan sedang. Perbedaan rerata ini secara *significant* antara sebelum (*pre-test*) dan setelah (*post-test*) pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*) melalui uji *paired sample t-test* menunjukkan *P-value* $0.000 \leq \alpha = 0.05$ yang bermakna terdapat pengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien yang menjalani tindakan laparatomi.

Pengaruh informasi kesehatan pasien preoperasi ini Pemberian informasi perioperatif yang tepat akan menyebabkan penurunan hormon-hormon stressor, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, mendistraksi pemikiran-pemikiran negatif, takut, cemas, tegang, sehingga memperbaiki sistem kimia tubuh seperti, menurunkan tekanan darah serta memperlambat

pernafasan, detak jantung, denyut nadi, aktivitas gelombang otak dan mengendalikan emosi diri, Hastuti, Windarti, & Kamaludin (2021). Pada penelitian Purnomo (2019) tentang pengaruh pendidikan kesehatan persiapan operasi di kamar operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi *sectio caesarae* juga mendapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kecemasan pasien, dimana hampir setengah pasien sebelum diberikan intervensi masuk dalam kategori kecemasan berat, sedangkan setelah diberikan intervensi tingkat kecemasan masuk dalam kategori tidak ada kecemasan.

Kecemasan preoperatif yang terjadi pada pasien yang menjalani tindakan laparatomi merupakan suatu bentuk emosi yang muncul sebagai respon psikis perlindungan diri terhadap suatu tindakan yang baru terhadap dirinya. Hal ini menurut Palla, Sukri, & Suwarsi (2018), bahwa faktor yang menyebabkan terjadinya kecemasan adalah ketidaktahuan dan ketakutan terhadap dampak dari tindakan pembedahan itu seperti, kecacatan ataupun gangguan terhadap citra dirinya. Menurut Smeltzer & Bare (2013), perawat sangat memiliki peran yang besar dalam membantu memberikan informasi-informasi yang dibutuhkan oleh pasien dalam upaya mengurangi masalah-masalah psikososial yang dihadapi oleh pasien seperti kecemasan, karena rendahnya pengetahuan pasien terhadap tindakan yang akan dihadapinya dapat menghambat proses pemulihan pasien selama perawatan.

Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan, Kurnia, & Triyoga (2018) tentang pengetahuan pasien preoperasi dalam persiapan pembedahan rerata berpengetahuan rendah. Begitupun hasil dari Sari, Riasmini, & Gusmelinda (2020) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan pasien bedah mayor menjelaskan bahwa faktor yang paling *significant* menyebabkan kecemasan adalah pengetahuan sebanyak 53% pasien tidak mengetahui tentang tujuan operasi, 53.3% pasien tidak mengetahui persiapan fisik, dan 59% pasien tidak mengetahui komplikasi setelah operasi, sehingga pemenuhan informasi sangat penting dalam upaya menurunkan kecemasan pasien (Tamah, Mulyadi, & Yulia, 2019)

Atas dasar beberapa data yang telah diungkapkan baik secara teori maupun hasil penelitian tersebut, maka pemberian informasi perioperatif seperti persiapan operasi baik fisik maupun mental, pemeriksaan penunjang, pengetahuan pasien tentang situasi atau kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi, pengetahuan pasien tentang prosedur (pra, intra, pasca operasi). Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti latihan nafas dalam, batuk efektif, dan ROM, melalui media apapun penting diberikan oleh perawat dalam upaya menurunkan kecemasan pasien di rumah sakit.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 44 Tahun 2018 bahwa pemberian edukasi di Rumah Sakit wajib dilaksanakan, maka penggunaan media informasi sangat dibutuhkan dan akan membantu pasien lebih memahami informasi-informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Media informasi yang dapat digunakan oleh perawat di rumah sakit antara lain media cetak seperti, *leaflet*, *flipchart*, *banner*, poster, spanduk dan baligo. Khusus pada penelitian ini digunakan media lembar balik (*flipchart*), sebab efektivitas penggunaannya terhadap tingkat pengetahuan terdiri dari gabungan media cetak dan audiovisual, dimana dalam menerima informasi individu melibatkan mata dan telinga, sehingga lebih menarik dan dapat lebih mudah dipahami oleh individu yang menerima pesan.

Lembar balik (*flipchart*) menyajikan informasi berupa gambar dan tulisan-tulisan yang terstruktur tanpa memiliki batasan jumlah informasi yang dapat diberikan, selain itu gambar yang ditampilkan dapat memudahkan individu dalam memahami informasi yang diberikan (Marliana, 2016). Menurut penelitian Hardono, Faliandra, Arif, & Ikhwan (2019) dijelaskan bahwa pemberian informasi preoperasi diberikan secara terstruktur menggunakan media lebih baik dibandingkan tidak terstruktur dan tanpa media.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian informasi perioperatif menggunakan media lembar balik (*flipchart*) memberikan bukti secara *significant* ($P\text{-value } 0.000 \leq \alpha = 0.05$) yang

bermakna terdapat pengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien yang menjalani tindakan laparatomi. Pengaruh ini disebabkan adanya komunikasi dua arah antara peneliti dan responden sebagai pasien selama pemberian informasi perioperatif, sehingga pasien yang mendengarkan informasi dari peneliti dapat merespon secara antusias dan terjadi peningkatan pengetahuan dari pasien. Peningkatan pengetahuan yang terjadi memberikan perubahan persepsi diri yang awalnya negatif, berubah menjadi positif untuk menerima dan lebih siap terhadap suatu tindakan yang akan dijalani.

Kesiapan pada penelitian ini diperlihatkan oleh adanya perbedaan rerata kesiapan pasien yang menjalani tindakan laparatomi sebelum dan sesudah diberikan informasi perioperatif menggunakan lembar balik (*flipchart*) oleh perawat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana rerata kesiapan pada kelompok intervensi sebelum (*pre-test*) yaitu kategori cukup siap dan setelah (*post-test*) kategori siap, sedangkan Kelompok kontrol menunjukkan bahwa rerata kategori kesiapan pasien sebelum (*pre-test*) yaitu cukup siap, sedangkan kategori kesiapan setelah (*post-test*) yaitu kurang siap. Berdasarkan hasil uji *paired sample t-test* menunjukkan *P-value* $0.000 \leq \alpha = 0.05$ *p-value* $0.000 \leq \alpha = 0.05$, maka terdapat perbedaan rerata nilai kesiapan secara *significant* antara sebelum (*pre-test*) dan setelah (*post-test*) pemberian informasi perioperatif menggunakan media Lembar balik (*flipchart*).

Beberapa penelitian yang juga mendukung hasil penelitian ini tentang kesiapan pasien setelah diberikan informasi perioperatif adalah Girsang & Hasrul, (2015), Mursyidah & Bahri (2017), Aswitami (2018) dan Nopia (2020), bahwa masing-masing dari penelitian mereka membuktikan bahwa pendidikan kesehatan memiliki pengaruh yang bermakna terhadap kesiapan diri. Kesiapan diri dan mekanisme koping yang baik sangat berdampak terhadap diri individu, karena membentuk pandangan yang positif terhadap diri seseorang terhadap sesuatu yang akan dijalankannya, mengurangi perasaan kecemasan serta stres. Sebaliknya kesiapan diri yang tidak baik memberikan dampak negatif terhadap diri individu secara

fisiologi maupun psikologis seperti perasaan tegang, peningkatan palpitasi jantung, peningkatan tekanan darah, perasaan sesak dan lain hal yang berdampak kepada pengunduran jadwal pembedahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswitami, N. G. A. P. (2018). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang menstruasi terhadap kesiapan psikologis dalam menghadapi menarche pada remaja putri prapubertas Di SD Gugus V Mengwi. *Interest: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 101–108. <https://doi.org/10.37341/interest.v7i2.11>
- Aryani, H. P., & Shomad, M. (2017). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang persiapan fisik pre operasi dalam menurunkan kecemasan pada pasien hernia. *Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan*, 9(2), 24–29.
- Basofi, D. A. (2013). Hubungan jenis kelamin, pekerjaan dan status pernikahan dengan tingkat kecemasan pada pasien operasi katarak di Rumah Sakit Yarsi Pontianak. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Elly, N., & Asmawati. (2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi lama hari rawat pasien laparotomi di Rumah Sakit DR. M Yunus Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(September), 14–18.
- Firdaus, M. F. (2014). Uji validasi konstruksi dan reliabilitas instrumen the amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) versi Indonesia. *Anesthesia & Critical Care*, 31(1), 279–286.
- Girsang, B. M., & Hasrul. (2015). Gambaran persiapan perawatan fisik dan mental pada pasien pre operasi kanker payudara. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(1), 64–76.
- Hardono, Faliandra, A., Arif, D., & Ikhwan. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan preoperasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien preoperasi elektif mayor di RSKB Kurnia Medical Center Pringsewu Tahun 2019 Hardono. *Jurnal Inovasi Kesehatan*, 1(1), 70–75.
- Haniba, W. S. (2018). Analisis faktor-faktor terhadap tingkat kecemasan pasien yang akan menjalani operasi. *Insan Cendekia Journal*, 7(3), 1–25.

- Hastuti, R. Y., Windarti, T., & Kemaludin, K. (2021). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang keperawatan kritis terhadap tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di Iri. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 3(01), 66–76. <https://doi.org/10.32938/jsk.v3i01.953>
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kurniawan, A., Kurnia, E., & Triyoga, A. (2018). Pengetahuan pasien pre operasi dalam persiapan pembedahan. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 4(2). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v4i2.325>
- Lin, Z., Yang, R., Li, K., Yi, G., Li, Z., Guo, J., ... Huang, G. (2020). Establishment of age group classification for risk stratification in glioma patients. *BMC Neurology*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01888-w>
- Marliana, L. (2016). Efektivitas media leaflet dan media lembar balik terhadap skor pengetahuan remaja putri kelas IX tentang nyeri menstruasi (disminorea) di SMA Negeri 1 Anyar. *Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 4(2), 84–94.
- Maurice-Szamburski, A., Loundou, A., Capdevila, X., Bruder, N., & Auquier, P. (2013). Validation of the french version of the amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-166>
- Murdiman, N., Harun, A. A., Djuhira, N. R., & Solo, T. P. (2019). Hubungan pemberian informed consent dengan kecemasan pada pasien. *Jurnal Keperawatan*, 02(03), 1–8.
- Mursyidah, & Bahri, T. S. (2017). Mekanisme koping dan kesiapan diri preoperatif pada pasien kanker payudara DI RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *JIM Unsyiah*, 2(2), 1–4.
- Nopia, E. L. F. L. W. A. (2020). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan kesiapan menghadapi menarche pada siswi SD Negeri 06 IPUH Desa Semundam Kecamatan Ipuh Kabupaten Mukomuko. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 7(1), 1–10.
- Notoatmodjo, S. (2019). *Metode penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. RINEKA CIPTA.
- Palla, A., Sukri, M., & Suwarsi. (2018). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Iqra*, 7(1), 45–53.

- Purnomo, A. (2019). Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi sectio caesarea. *Jurnal STIKes CME*, 1(69), 5–24.
- Rahmayati, E., Silaban, R. N., & Fatonah, S. (2018). Pengaruh dukungan spritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 138. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i1.778>
- Rajaretnam, N., Okoye, E., & Burns, B. (2021). *Laparotomy*. London: StatePearls. Publishing LLC.
- Sandra., Dahlia, D., Arista, L., & Gultom, Y. (2021). Penerapan mendengarkan al- qur 'an surat al waqi'ah dan terjemahannya untuk menurunkan tingkat kecemasan. *Jurnal Ners Indonesia*, 11(2).
- Sari, R. (2015). *Kamus keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Gama.
- Sari, Y. (2019). Pengaruh latihan lima jari terhadap kecemasan pada pasien pre operasi laparatomi di irna bedah. *Menara Ilmu*, XIII (10), 107–114.
- Sari, Y. P., Riasmini, N. M., & Guslinda. (2020). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pada pasien preoperasi bedah mayor di Ruang Teratai. *Menara Ilmu*, XIV (02), 133–147.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (edisi ke-4)*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sjamsuhidajat, R., & Jong, D. (2017). *Buku ajar ilmu bedah (4th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku ajar keperawatan medikal bedah vol 1 (8th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Sugiarta, P. A., Juniartha, G. N., & Kamayani, M. O. A. (2021). Gambaran kecemasan pada pasien pra-operasi di RSUD Buleleng. *Kesehatan*, 9(3), 305–313.
- Tamah, Z. G., Muliyadi, M., & Yulia, S. (2019). Hubungan pemenuhan informasi pre operasi dengan tingkat kecemasan pasien. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 12(1), 31–36. <https://doi.org/10.23917/bik.v12i1.4488>
- Torres, G. C. S., & Macindo, J. R. B. (2018). Scale development and psychometric evaluation of the preoperative assessment of readiness tool. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(6), 895–907. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.010>

LAMPIRAN

- A. Contoh media edukasi perioperatif model lembar balik dengan menggunakan gambar dan keterangan untuk pemberi dan penerima edukasi



Lembar Untuk Pemberi Edukasi



Lembar Untuk Penerima Edukasi

APA ITU PERIOPERATIF???

Perioperatif merupakan terdiri ada 3 fase yaitu:

1. Preoperatif merupakan kegiatan sebelum operasi, dimana pasien tiba di ruang tunggu/ ruang rawat inap sampai dengan pasien masuk ke ruang operasi.
2. Intraoperatif merupakan kegiatan pasien mulai dari pasien memasuki ruang operasi, pasien selama operasi dan berakhir saat pasien memasuki ruang pemulihan/ ruang pelayanan pasca anestesi.
3. Postoperatif merupakan kegiatan pasien setelah operasi yang dimulai pada saat pasien masuk ke ruang pemulihan (*recovery room*), proses pemulihan pasien di kamar rawat inap dan berakhir pada saat persiapan pasien pulang

Sumber: HIPKABI (2020); Farhan & Ratnasari (2019); Maryunani (2014)

Lembar Untuk Pemberi Edukasi

APA ITU PERIOPERATIF???



Sumber: Halodoc (2022); HIPKABI (2020); Farhan & Ratnasari (2019); Maryunani (2014)

Lembar Untuk Penerima Edukasi

B. Kuesioner Penelitian

The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information (APAIS)-Modifikasi

Petunjuk:

1. Jawablah pernyataan dibawah ini dengan **memberikan tanda (√)** salah satu pilihan yang paling sesuai dengan perasaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari selama menunggu tindakan operasi
2. Tidak ada jawaban yang benar maupun salah karena pernyataan dibawah ini sesuai dengan diri Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang sesungguhnya
3. Jika ada pernyataan yang sulit untuk dipahami, maka dapat ditanyakan kepada peneliti

Keterangan:

1. Sama sekali tidak: Tidak pernah/tidak merasakan
2. Tidak terlalu : Merasakan. Namun, tidak mengganggu pikiran dan aktivitas saya
3. Sedikit : Merasakan/Lumayan sering. Namun, tidak mengganggu pikiran saya
4. Agak : Sering dipikirkan/dirasa. Namun, tidak mengganggu aktivitas saya
5. Sangat : Sering sekali, hingga mengganggu pikiran dan aktivitas saya

No.	Pernyataan	Sama sekali tidak	Tidak terlalu	Sedikit	Agak	Sangat
1.	Saya merasa bingung apa yang harus saya lakukan untuk mempersiapkan diri dalam menghadapi tindakan operasi					
2.	Saya merasa jantung saya berdebar-debar selama proses persiapan operasi					

No.	Pernyataan	Sama sekali tidak	Tidak terlalu	Sedikit	Agak	Sangat
3.	Saya tidak mengetahui tujuan dan manfaat dari berbagai pemeriksaan yang telah saya lakukan seperti: (Pemeriksaan laboratorim, USG, CT-SCAN, EKG, dan Rontgen)					
4.	Saya takut dibius					
5.	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan					
6.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang persiapan dan proses pembiusan					
7.	Saya takut dioperasi					
8.	Saya terus menerus memikirkan tentang operasi yang akan saya lakukan					
9.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi					
10.	Saya merasa percaya diri dalam menghadapi operasi					
11.	Saya terus memikirkan bagaimana cara saya sampai ke ruang operasi					
12.	Saya tidak mengetahui apa yang harus saya lakukan nantinya ketika saya berada di kamar operasi					
13.	Saya merasa khawatir tentang dampak operasi (seperti: kecacatan, hambatan dalam beraktivitas, dan nyeri)					
14.	Saya bingung apa yang harus dilakukan setelah operasi					

The Preoperative Assessment of Readiness Tool (PART)

Petunjuk:

1. Jawablah pernyataan dibawah ini dengan **memberikan tanda (√)** salah satu pilihan yang paling sesuai dengan perasaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari selama menunggu tindakan operasi
2. Tidak ada jawaban yang benar maupun salah karena pernyataan dibawah ini sesuai dengan diri Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang sesungguhnya
3. Jika ada pernyataan yang sulit untuk dipahami, maka dapat ditanyakan kepada peneliti

Keterangan:

1. STS : Sangat tidak setuju dengan pernyataan
2. TS : Tidak setuju dengan pernyataan
3. S : Setuju dengan pernyataan
4. SS : Sangat setuju dengan pernyataan

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	Perolehan informasi yang berkualitas				
1.	Saya telah dijelaskan terkait prosedur operasi yang akan saya jalani (<i>informed consent</i>)				
2.	Saya memiliki kesempatan untuk bertanya tentang operasi saya				
3.	Saya memahami manfaat dari tindakan operasi				
4.	Saya sudah memeriksa dan mengetahui pengalaman dokter yang akan menangani saya				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	Perolehan informasi yang berkualitas				
5.	Perawat mengevaluasi pengetahuan saya tentang tindakan operasi yang akan saya jalani				
6.	Saya memiliki cukup waktu dalam memutuskan operasi ini				
7.	Saya memahami resiko operasi (misalnya, komplikasi, kecacatan, perubahan fisik dan lainnya)				
8.	Saya mendapatkan perlakuan dan perawatan yang berkualitas				
9.	Saya mendapatkan hiburan dari pelayanan kesehatan saya.				
	Dukungan interpersonal				
10.	Saya telah berdoa memohon kekuatan kepada tuhan				
11.	Keluarga saya akan mendukung dan merawat saya				
12.	Saya mendengarkan dan mengikuti arahan dari dokter dan perawat				
13.	Saya mendapatkan perlakuan dan perawatan profesional				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
	Perolehan informasi yang berkualitas				
14.	Saya memiliki cukup waktu untuk mendiskusikan kekhawatiran saya terkait tindakan operasi yang akan saya jalani kepada dokter dan perawat.				
15.	Saya sudah menyiapkan biaya rumah sakit sebelum operasi				

Sumber: Torres, G. C. S., & Macindo, J. R. B. (2018)

BIODATA PENULIS



Sandra, seorang perawat yang telah memulai karirnya di Rumah Sakit sejak tahun 1998 sampai sekarang. Memiliki pengalaman bekerja di pelayanan keperawatan, selama kurang lebih 17 tahun di 5 Rumah Sakit swasta Pekanbaru, diantaranya pernah menjadi Staf Pelaksana, Penanggung Jawab Tim, Kepala Ruang Penyakit Dalam, Ruang Bedah dan Ruang VVIP, Supervisor, Kepala Sub Bagian, Instruktur Klinik dan terakhir sebagai Kepala Bidang Keperawatan.

Penulis menyelesaikan studi sarjana keperawatan pertama kali pada jenjang D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Pekanbaru, kemudian melanjutkan Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Riau. Sementara itu, studi S2 Manajemen Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah, Spesialistik Bedah Digestif diselesaikan penulis di Universitas Indonesia. Penulis mendapatkan peringkat Cumlaude Sempurna atau Summa Cumlaude pada jenjang pendidikan Ners di Universitas Riau dan Pendidikan Spesialis di Universitas Indonesia.

Kegiatan utama Penulis adalah mengajar di Fakultas Kesehatan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru, melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat, berkaitan dengan konteks Keperawatan Medikal Bedah Digestif dan perioperatif. Disamping itu, Penulis juga sebagai Preceptor Mentorship Mahasiswa di Unit Medikal Bedah, Gawat Darurat dan Kritis di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (Sejak 2008). Peran penulis lainnya adalah sebagai section editor jurnal pengabdian kesehatan komunitas (JPKK) Universitas Hang Tuah Pekanbaru sejak diterbitkan pertama kali tahun 2021 hingga saat ini. Pengurus Bidang Penelitian,

Sistem Informasi dan Komunikasi Dewan Pengurua Daerah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPD PPNI) Kota Pekanbaru. Penulis kerap diminta untuk menjadi konsultan asuhan keperawatan bedah digestif pada beberapa rumah sakit di Pekanbaru.

Tulisan-tulisan Penulis dalam bentuk artikel sudah ada dimuat di jurnal Nasional, diantaranya Studi Kasus Gangguan Mobilitas Fisik Pasien Stroke Iskemik Dengan Hemiparesis Setelah Diberikan Stimulasi Sikat Sensori, Penerapan Mendengarkan Al-Qur'an Surat Al Waq'ah Dan Terjemahannya Untuk Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Elektif Bedah Digestif, sedangkan tulisan dalam bentuk buku yaitu buku referensi yang berjudul Manfaat Air Naqi' terhadap Mual dan Muntah Pasca Operasi.



Ennimay, seorang praktisi senior, perawat dan juga pengajar yang telah menyelesaikan pendidikan S3 Ilmu Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta (2020). Sejak tahun 1978 hingga sekarang, selain mengabdikan diri sebagai perawat manager di Rumah Sakit, penulis juga sebagai Dosen di Fakultas Kesehatan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Hang Tuah Pekanbaru dengan jabatan Fungsional Lektor serta telah memiliki sertifikasi sebagai dosen. Jabatan terakhir penulis sebagai ASN adalah Direktur Umum Sumber Daya Manusia & Pendidikan di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Penulis aktif pada kegiatan sertifikasi keahlian maupun organisasi di keperawatan, diantaranya sebagai Reviewer Soal Uji Kompetensi Nasional Ners, anggota Organisasi Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI), aktif sebagai pengurus pada kegiatan organisasi keperawatan di Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPW PPNI) Provinsi Riau tahun 2000-2005, Dewan pertimbangan DPW PPNI Provinsi Riau (2005-2010.) Banyak artikel ilmiah keperawatan peminatan manajemen diterbitkan oleh penulis pada jurnal Nasional maupun Internasional, baik terindeks Scopus maupun Sinta diantaranya *Evaluation of the process of implementing a professional nurse education program* (2020), *Penilaian Kinerja Dosen Dalam Bimbingan Skripsi* (2021), *The Relationship between workload an nurses performance in carrying out nursing care in inpatient at hospital, Riau Province, Indonesia* (2022), *Penerapan Aplikasi e-Puskesmas dengan Pendekatan HOT-Fit di Kabupaten Siak* (2022), *Analisis Penanganan Covid-19 melalui Metode Malcolm Baldrige di Puskesmas Kota Dumai Prov Riau* (2022), dan masih banyak lagi di tahun 2022. Penulis juga telah menerbitkan Buku referensi di tahun 2022 yaitu *Mengenal dan Mengkaji beban Kerja Perawat di Rumah Sakit*, serta buku ajar *Mendesain Pendidikan Profesi Ners di Indonesia*. Kegiatan utama Penulis saat ini adalah Rektor di Universitas Awal Bros Pekanbaru.



Dipa Handra, merupakan perawat kamar bedah yang telah menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Padjajaran Bandung (2007). Sejak tahun 1994 hingga sekarang, selain mengabdikan diri sebagai perawat, penulis juga aktif pada kegiatan sertifikasi keahlian maupun organisasi di keperawatan.

Kegiatan utama penulis adalah sebagai koordinator Keperawatan Instalasi Bedah Sentral dan Komite Keperawatan di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, Instruktur Klinik Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS), Instruktur Basic Skill Course Operating Room Nurse (BSCORN), Instruktur Manajemen Kamar Bedah, Asesor Uji Kompetensi Nasional di Organisasi Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI), Asesor Uji Kompetensi Nasional di Organisasi Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) dan Pengajar tidak tetap di Fakultas Kesehatan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis terlibat dalam kepengurusan di Forum Perawat Kesehatan Haji Indonesia Riau Bidang Pendidikan Latihan dan Penelitian Pengembangan. Penulis juga sebagai pengelola Jurnal Ners Indonesia (JNI) sejak diterbitkan pertama kali tahun 2012 hingga saat ini.

Penulis juga aktif sebagai pengurus pada kegiatan organisasi lain yaitu di Dewan Pengurus Daerah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPD PPNI) Kota Pekanbaru sejak tahun 1998 sampai dengan sekarang. Aktif di Bidang Pembinaan dan Pelayanan Asosiasi Kesehatan Haji Indonesia Riau, serta masuk sebagai Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya BPJS Kota Pekanbaru. Buku ini merupakan buku pertama penulis yang berkaitan dengan kamar bedah, dan saat ini penulis sedang memulai proyek penulisan buku referensi berikutnya.



Tengku Atika Rahmanisa, mahasiswa lulusan Sarjana Keperawatan (S. Kep) predikat kelulusan “Dengan Pujian” yang sedang menyelesaikan Pendidikan Ners (Ns) pada Fakultas Kesehatan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis yang lahir di Pekanbaru, 05 Februari 2000 ini memiliki minat di bidang Penelitian, Pengabdian dan Advokasi Bidang Kesehatan.

Penulis aktif pada kegiatan pendidikan maupun non pendidikan, diantaranya menjadi mahasiswa di Kampus Mengajar Angkatan 2 (2021), menjalani Student Exchange the Professional Issue in Transcultural Nursing course by Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University (2021), selanjutnya mengikuti International Student Exchange STIKes Budi Luhur Cimahi and BIN fo Edu (2021), serta pernah mendapatkan Pendanaan PKM-dikti di bidang Penelitian Eksata (2020). Penulis aktif juga pada kegiatan organisasi pada tahun 2020-2021 dan menjadi pengurus pada Himpunan Mahasiswa Ilmu Keperawatan (HIMIKA), Pekanbaru, sebagai anggota pada Ditjen Hubungan Luar (HUBLU), Ikatan Lembaga Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia (ILMIKI), Indonesia, serta pernah menjadi anggota Divisi Infokom Himpunan Mahasiswa Ilmu Keperawatan (HIMIKA), Pekanbaru.