

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 dalam penelitian ini, akan dikemukakan beberapa teori dan konsep serta hasil penelitian ini, meliputi : konsep spiritual, konsep kecemasan, konsep pre operasi, konsep tentang *sectio caesarea*, konsep terapi musik dan teori adaptasi Roy.

2.1. Konsep Spiritual

2.1.1. Definisi spiritual

Spiritual merupakan sesuatu yang dipercaya oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah dibuat (Hidayat & Uliyah, 2014). Sehat spiritual adalah kemampuan seseorang dalam membangun spiritualnya menjadi penuh dengan potensi dan kemampuan untuk mengetahui tujuan dasar hidupnya, untuk belajar mengalami cinta, kasih sayang, kedamaian, dan kesejahteraan serta cara untuk menolong diri sendiri dan orang lain untuk menerima potensi tertingginya (Thomas 1999 dalam Syam, 2010)

Kesehatan spiritual atau kesejahteraan adalah rasa keharmonisan yang saling berdekatan antara diri dengan orang lain, alam dan dengan kehidupan yang tertinggi (Perry and Potter, 2013). Rasa keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan dan sistem keyakinan individu dengan berhubungan di dalam diri mereka sendiri dan dengan orang lain. Keyakinan ini sering berakar dalam spiritualitas orang tersebut. Sepanjang hidup seorang individu mungkin akan lebih menyadari tentang makna, tujuan dan nilai hidup.

Meskipun spiritualitas sulit untuk didefinisikan, terdapat dua karakteristik penting tentang spiritualitas yang disetujui oleh sebagian orang yaitu pertama spiritualitas adalah kesatuan tema dalam kehidupan kita, dan kedua yaitu spiritualitas merupakan keadaan hidup. Jika diambil dari definisi fungsionalnya, spiritualitas adalah komitmen tertinggi individu yang merupakan prinsip yang paling komprehensif dari atau nilai final yaitu argumen yang sangat kuat yang diberikan untuk pilihan yang dibuat dalam hidup kita (Perry and Potter, 2013) Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang maha kuasa. Sebagai contoh, orang yang percaya kepada Allah sebagai pencipta atau aspek Maha Kuasa.

2.1.2. Tahap perkembangan spiritual

Tahap perkembangan spiritual individu menurut (Hamid, 2008) yaitu mulai dari usia bayi dan toddler, usia prasekolah, usia sekolah, dewasa serta usia pertengahan dan lansia. Tahap perkembangan spiritual yang perlu diketahui disini yaitu :

1. Usia Dewasa

Kelompok usia dewasa muda yang dihadapkan pada pertanyaan bersifat keagamaan dari anaknya akan menyadari apa yang pernah diajarkan kepadanya pada masa kanak-kanak dahulu, lebih dapat diterima pada masa dewasa daripada waktu remaja dan masukan dari orang tua tersebut dipakai untuk mendidik anaknya. Usia dewasa muda ini akan cenderung mengklarifikasi keyakinan, pribadi, dan komitmennya berdasarkan pengalaman dan hubungannya pada masa lalu.

2. Usia pertengahan dan lansia

Kelompok usia pertengahan dan lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk

kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif serta menghadapi kematian orang lain (saudara, atau sahabat) menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Perkembangan filosofis agama yang lebih matang sering dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat ditolak atau dihindarkan.

Lanjut usia yang telah pensiun, kehilangan pasangan atau teman, atau menjelang kematian merasa sangat sedih dan kehilangan. Pada masa ini walaupun membayangkan kematian mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik. Keyakinan spiritual yang terbangun dengan baik membantu lansia menghadapi kenyataan, berpartisipasi dalam hidup, merasa memiliki harga diri, dan menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari. Lanjut usia sering merasa bahwa agama lebih penting bagi mereka dibanding orang yang lebih muda.

2.1.3. Karakteristik Spiritual

Terdapat karakteristik spiritual yang meliputi :

1. Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan dari dalam diri seseorang yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri sendiri. Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantara memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan, dan tujuan hidup

yang semakin jelas (Kozier and Erb's, 2016).

1) Kepercayaan (*Faith*)

Kepercayaan bersifat universal, dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan atau stress. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

2) Harapan (*Hope*)

Harapan berhubungan dengan ketidakpastian dalam hidup dan merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

3) Makna atau arti dalam hidup (*Meaning if live*)

Perasaan mengetahui makna hidup, yang kadang diidentikkan dengan perasaan dekat dengan Tuhan, merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicinta oleh orang lain.

2. Hubungan dengan orang lain

Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang

yang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian. Sedangkan kondisi yang tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi, serta keterbatasan asosiasi (Kozier and Erb's, 2016)

Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan, dan lain sebagainya. Dengan demikian apabila seseorang mengalami kekurangan ataupun mengalami stress, maka orang lain dapat memberi bantuan psikologis dan sosial.

Maaf dan Pengampunan (*forgiveness*). Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri seperti marah, mengingkari, rasa bersalah, malu, bingung, meyakini bahwa Tuhan sedang menghukum serta mengembangkan arti penderitaan. Dengan pengampunan, seseorang individu dapat meningkatkan koping terhadap stress, cemas, depresi dan tekanan emosional, penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai.

Cinta kasih dan dukungan sosial (*love and social support*). Keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antara manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit. Sebagai contoh seseorang yang mempunyai pengalaman cinta kasih dan dukungan sosial yang kuat cenderung untuk menentang perilaku tidak sehat dan melindungi individu dari penyakit jantung.

3. Hubungan dengan alam

Harmoni merupakan gambaran seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam tersebut (Kozier and Erb's, 2016)

Rekreasi (*Joy*). Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih. Dengan rekreasi seseorang dapat menyelaraskan antara jasmani dan rohani sehingga timbul perasaan kesenangan dan kepuasan dalam pemenuhan hal-hal yang dianggap penting dalam hidup seperti nonton televisi, mendengar musik, olah raga dan lain-lain.

Kedamaian (*Peace*). Damai dan pembentukan perdamaian bagi sebagian orang tidak bisa dipisahkan dari keadilan yang melekat pada diri seseorang, dimana seseorang bisa hidup dan berada dalam lingkungan alamiah dan menyembuhkan. Kedamaian ini tidak tergantung dari lingkungan eksternal, banyak orang datang dari sisi kelam kehidupan atau brutal menjadi pejuang perdamaian. Keadaan ini mengalir dari hubungan yang membuat kita bertahan dalam kehidupan yang damai. Ini adalah pencapaian spiritualitas yang besar (Yusuf et al., 2016).

4. Hubungan dengan Tuhan

Meliputi agama maupun tidak agamais. Keadaan ini menyangkut sembahyang dan berdoa, keikutsertaan dalam kegiatan ibadah, perlengkapan keagamaan, serta bersatu dengan alam (Kozier and Erb's, 2016). Seseorang dapat memenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan,

mengembangkan arti penderitaan serta meyakini hikmah dari satu kejadian atau penderitaan, menjalin hubungan yang positif dan dinamis, membina integritas personal dan merasa diri berharga, merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif (Hamid, 2008)

Berdoa (*Prayer*) merupakan ekspresi dari spiritualitas seseorang. Berdoa adalah insting terdalam dari manusia, keluar dari suatu kesadaran yang tinggi bahwa Tuhan adalah maha mengatur semua kehidupan. Berdoa meliputi pencarian terhadap hubungan erat dan komunikasi dengan Tuhan atau sumber yang misterius. Berdoa adalah usaha keras untuk memohon kepada Tuhan agar diberikan kebaikan, keberkahan, kemudahan, kesehatan, jalan keluar dari segala kesulitan dan lain-lain (Yusuf et al., 2016)

2.1.4. Kesehatan Spiritual

Kesehatan (*wellness*) adalah suatu keseimbangan dimensi kebutuhan manusia yang berbeda secara terus - menerus spiritual, sosial, emosional, intelektual, fisik, okupasional, dan lingkungan. Kesehatan atau kesejahteraan spiritual adalah rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam dan dengan kehidupan yang tertinggi. Rasa keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan, dan sistem keyakinan mereka dengan hubungan mereka di dalam diri mereka sendiri dan dengan orang lain. Ketidakseimbangan spiritual (*spirituality disequilibrium*) adalah sebuah kekacauan jiwa yang terjadi ketika kepercayaan yang dipegang teguh tergoncang hebat. Kekacauan ini seringkali muncul ketika penyakit yang mengancam hidup berhasil didiagnosis. (Yusuf et al., 2016)

Kesehatan spiritual adalah kondisi yang dalam pandangan sufistik disebut sebagai terbebasnya jiwa dari berbagai penyakit ruhaniah, seperti syirik (polytheist), kufur (atheist), nifaq atau munafik (hypocrite), dan fusuq (melanggar hukum). Kondisi spiritual yang sehat terlihat dari hadirnya ikhlas (ridha dan senang menerima pengaturan Illahi), tauhid (meng-Esa-kan Allah), tawakal (berserah diri sepenuhnya kepada Allah). (Yusuf et al., 2016)

2.1.5. Spiritualitas dan Proses Penyembuhan

Spiritualitas adalah pencarian pribadi untuk memahami jawaban sebagai tujuan akhir dalam hidup, tentang makna, dan tentang hubungan suci atau transenden, yang mana (atau mungkin juga tidak) memimpin pada atau bangun dari perkembangan ritual keagamaan dan bentukan komunitas (Yusuf *at al*, 2016). Menurut Florence Nightingale, Spirituality adalah proses kesadaran menanamkan kebaikan secara alami, yang mana menemukan kondisi terbaik bagi kualitas perkembangan yang lebih tinggi. Spiritualitas mewakili totalitas keberadaan seseorang dan berfungsi sebagai perspektif pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual.

Spiritualitas dalam keperawatan, adalah konsep yang luas meliputi nilai, makna dan tujuan, menuju inti manusia seperti kejujuran, cinta, peduli, bijaksana, penguasaan diri dan rasa kasih; sadar akan adanya kualitas otoritas yang lebih tinggi, membimbing spirit atau transenden yang penuh dengan kebatinan, mengalir dinamis seimbang dan tubuh-pikiran-spirit atau transenden yang penuh dengan kebatinan, mengalir dinamis seimbang dan menimbulkan kesehatan tubuh-pikiran-spirit.

Keterkaitan spiritualitas dengan proses penyembuhan dapat dijelaskan dengan holistik dalam keperawatan. Konsep holistik merupakan sarana petugas kesehatan dalam membantu proses penyembuhan klien secara keseluruhan. Pelayanan holistik yang dimaksud adalah, dalam memberikan pelayanan kesehatan semua petugas harus memperhatikan klien dari semua komponen seperti biologis, psikologis, Sosial, kultural bahkan spiritual. (Yusuf et al., 2016). Keperawatan spiritual merupakan suatu elemen perawatan kesehatan berkualitas dengan menunjukkan kasih sayang kepada klien sehingga terbentuk hubungan saling percaya dan rasa saling percaya diperkuat ketika pemberi perawatan menghargai dan mendukung kesejahteraan spiritual klien (Potter and Perry, 2013).

2.1.6 Pasien yang membutuhkan bantuan spiritual

Seorang pasien tidak hanya memerlukan bantuan fisik tetapi juga bantuan non fisik yang berupa bantuan spiritual dan bimbingan rohani yang dapat menimbulkan rasa optimis dalam menghadapi permasalahan hidup. Pasien rawat inap yang datang ke rumah sakit memiliki berbagai macam perasaan, ada yang tabah dan sabar, ada yang merasa takut, bingung, kesepian, putus asa, dan perasaan lainnya. Bagi yang tabah dan sabar, maka mentalitas dan dirinya akan bertambah kuat serta nilai kerohaniannya akan meningkat, sehingga baginya sakit bukanlah masalah yang banyak menyita pikiran, karena ia yakin bahwa di balik sakit yang dideritanya Tuhan akan memberikan hikmah yang banyak, dan akan diberi kesembuhan. Ini merupakan motivasi dari dalam yang bisa membantu proses penyembuhan bagi pasien. Sebaliknya bagi yang iman dan jiwanya lemah, maka ia akan resah dan gelisah yang secara bertahap akan tampak lebih parah dan menyulitkan bagi orang-orang yang merawat. Dalam kondisi yang demikian maka

layanan bimbingan rohani sangat dibutuhkan untuk memberi dorongan moral dan spiritual bagi pasien tersebut. (Hidayat & Uliyah, 2014).

Beberapa pasien yang membutuhkan bantuan spiritual antara lain:

1. Pasien Kesepian

Pasien dalam keadaan sepi dan tidak ada yang menemani akan membutuhkan bantuan spiritual karena mereka merasakan tidak ada kekuatan selain kekuatan Tuhan, tidak ada yang menyertainya selain Tuhan.

2. Pasien Ketakutan dan cemas

Adanya ketakutan dan kecemasan dapat menimbulkan perasaan kacau yang membuat pasien membutuhkan ketenangan pada dirinya, dan ketenangan yang paling besar adalah bersama Tuhan.

3. Pasien yang menghadapi pembedahan

Menghadapi pembedahan adalah suatu yang dapat mengkhawatirkan karena akan timbul perasaan antara hidup dan mati. Saat itulah keberadaan Pencipta dalam hal ini Tuhan sangat penting sehingga pasien selalu membutuhkan bantuan spiritual.

4. Pasien yang harus mengubah gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat membuat seseorang lebih membutuhkan keberadaan Tuhan (spiritual). Pola gaya hidup dapat membuat kekacauan keyakinan bila kearah yang lebih buruk. Akan tetapi bila perubahan gaya hidup ke arah yang lebih baik, maka pasien akan lebih membutuhkan dukungan spiritual.

2.2. Konsep Kecemasan

2.2.1. Definisi kecemasan

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2014). Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari sebagai ancaman terhadap identitas diri yang sangat mendasar bagi keberadaan individu. (Brunner and Sudarth's, 2010) menyatakan, kecemasan adalah reaksi yang normal terhadap stress dan ancaman bahaya. Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun yang hanya bayangan. Seseorang yang mengalami kecemasan akan merasa tidak enak dan takut yang tidak jelas.

Orang dengan kecemasan cenderung mengalami perasaan yang tidak berdaya dan tidak adekuat dapat terjadi, disertai rasa terasing dan tidak nyaman. Intensitas perasaan ini dapat terjadi dengan skala yang ringan ataupun sampai skala yang berat sampai menyebabkan kepanikan, dan intensitasnya dapat meningkat atau menghilang tergantung pada kemampuan coping individu dan sumber-sumber pada waktu tertentu (Stuart, 2014), menyatakan kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

2.2.2. Penyebab kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi respon kecemasan :

1. Faktor *presipitasi*

Ada dua faktor *presipitasi* yang mempengaruhi kecemasan yaitu :

1) Faktor eksternal

- (1) Ancaman integritas fisik, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
- (2) Ancaman sistem diri antara lain : ancaman terhadap identitas diri, harga diri, dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran.

2) Faktor internal

(1) Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi.

(2) Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

(3) Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berpikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

(4) Keadaan fisik

Seseorang yang akan mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan, disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik mudah mengalami pula kecemasan.

(5) Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedang orang dengan tipe kepribadian B mempunyai ciri-ciri berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena tipe kepribadian B adalah orang yang penyabar, dan teliti. Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tepati.

(6) Umur

individu yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

(7) Jenis kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria .

2. Faktor predisposisi

Sebagai faktor predisposisi yang dijelaskan ke dalam berbagai teori mengenai asal kecemasan (Williams & Wilkins, 2010a), yaitu :

1) Teori psikoanalitik

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan implus primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikembalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Teori interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal, kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik.

3) Teori perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.

2.2.3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut. Keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum antara lain yaitu :

1. Gejala psikososial : pernyataan cemas / khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
2. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
3. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
4. Gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain-lain.

2.2.4 Respon terhadap kecemasan

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan timbulnya kecemasan (Kaplan and Sadock's, 2015). Pada orang yang cemas akan muncul beberapa respon yang meliputi : (Brunner and Sudarth's, 2010)

1. Respon fisiologis

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (simpatis maupun parasimpatis). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis akan menimbulkan respon tubuh. Reaksi tubuh terhadap kecemasan adalah

“*fight*” atau “*Flight*”. *Flight* merupakan reaksi isotonik tubuh untuk melarikan diri, dimana terjadi peningkatan sekresi adrenalin ke dalam sirkulasi darah yang akan menyebabkan meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah sistolik, sedangkan *fight* merupakan reaksi agresif untuk menyerang yang akan menyebabkan sekresi nonadrenalin, rennin angiotensin sehingga tekanan darah meningkat baik sistolik maupun diastolik. Bila korteks otak menerima rangsang akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenalin atau epineprin sehingga efeknya antara lain napas menjadi lebih dalam, nadi meningkat. Darah akan tercurah terutama ke jantung, susunan saraf pusat dan otot. Dengan peningkatan glikogenolisis maka gula darah akan meningkat.

Respon fisiologis terhadap sensor merupakan mekanisme protektif dan adaptif untuk memelihara keseimbangan homeostatis tubuh. Aksi neuronal dan hormonal untuk memelihara keseimbangan homeostatis diintegrasikan oleh hipotalamus. Hipotalamus dan sistem limbic mengatur emosi dan beberapa kegiatan visceral yang diperlukan untuk bertahan hidup (Smeltzer *et al.*, 2008)

1) Respon neuroendokrin

Jalur neural dan endokrin dibawah kontrol hipotalamus akan diaktifkan dalam berespon terhadap stres. Pertama akan terjadi sekresi saraf simpatis kemudian diikuti oleh stimulasi adrenal medulas dan bila stres masih berlanjut sistem pituitary hipotalamus akan diaktifkan.

2) Respon sistem saraf simpatis

Respon sistem saraf simpatis bersifat cepat dan kerjanya singkat. Norepineprin dikeluarkan pada ujung saraf yang berhubungan langsung dengan ujung organ yang dituju dapat mengakibatkan peningkatan fungsi

organ vital seperti peningkatan frekuensi jantung, vasokonstriksi perifer sehingga dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Darah akan dialirkan ke organ vital seperti otak, jantung untuk meningkatkan perfusi yang lebih baik.

3) Respon simpatis adrenal medular

Selain efek langsung terhadap organ mayor, sistem saraf simpatis juga menstimulus medulla kelenjar adrenal untuk mengeluarkan hormone epineprin dan norepineprin ke aliran darah. Epineprin dan norepineprin juga menstimulus sistem saraf untuk menghasilkan efek metabolik yang akan meningkatkan kadar glukosa darah dan meningkatkan laju metabolisme tubuh.

4) Respon *hipotalamus pituitary*

Fase kerja terlama pada respon fisiologis, biasanya terjadi pada stres yang menetap dan melibatkan hipotalamus pituitary. hipotalamus mensekresi *corticotropin realeasing factor* yang menstimulus pituitary anterior untuk memproduksi glukokortikoid, terutama kortisol. Kortisol akan menstimulasi katabolisme protein, pelepasan asam amino oleh hepar dan konversinya menjadi glukoneogenesis dan menghambat glukosa oleh berbagai sel tubuh selain otak dan jantung. Aksi katekolamin (epineprin dan norepineprin) dan kortisol paling penting dalam merespon adanya stres. Hormon lain yang juga dikeluarkan adalah *antidiuretik hormon* dari pituitary posterior dan aldosteron dari korteks adrenal. ADH adanya aldosteron mengakibatkan retensi natrium dan air, yang merupakan

mekanisme adaptif bila ada perdarahan atau kehilangan cairan melalui keringat yang berlebihan.

5) Stres dan sistem imun

Glukokortikoid akan mendepresi sistem imun. Bila konsentrasinya cukup tinggi akan terjadi penurunan respon inflamasi terhadap injuru atau infeksi. Tahap-tahap proses inflamasi akan terhambat, limfosit akan dihancurkan dalam jaringan limfoid dan produksi antibody akan menurun.

2. Respon Psikologis terhadap kecemasan

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

Kecemasan bersifat konstruktif apabila ia dijadikan sebagai tanda akan adanya ancaman, sehingga seseorang akan melakukan tindakan untuk mengurangi gangguan atau masalah yang dihadapinya. Perilaku destruktif akan mempengaruhi orientasi realitas, kepribadian, serta kemampuan pemecahan masalah. Kecemasan dapat bersifat destruktif apabila seseorang tidak mampu melepaskan diri dari stresor yang dihadapinya. Perilaku adaptif psikologis juga disebut sebagai mekanisme koping (Williams & Wilkins, 2010b)

3. Respon kognitif

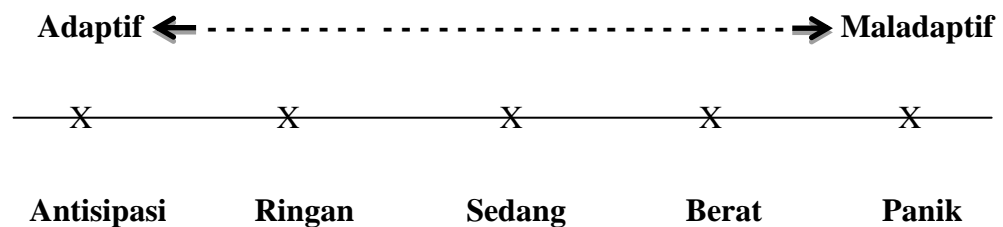
Respon kognitif yang muncul adalah perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya

lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian.

4. Respon afektif

Respon afektif yang sering muncul adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

Rentang respon sehat-sakit dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif – maladaptif pada kecemasan. Menurut Stuart, G dan Sundeen (2007) rentang cemas meliputi :



Gambar 2.1 Respon adaptif – maladaptif pada kecemasan. Menurut Stuart, G dan Sundeen (2007)

2.2.5 Karakteristik Kecemasan

(Videbeck, 2011) mengemukakan beberapa teori membagi kecemasan (*Ansietas*) menjadi 4 tingkatan :

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lapangan persepsi meningkat dan individu akan berhati-hati serta waspada. Individu terdorong untuk belajar tentang hal-hal yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2. Kecemasan sedang

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

3. Kecemasan berat

Pada kecemasan berat lapangan persepsi menjadi sangat menurun. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Individu tidak mampu berpikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan, untuk dapat memusatkan pada area lain.

4. Panik

Pada tingkat ini lapangan persepsi sangat sempit sehingga individu tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/tuntunan. Pada keadaan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain dan kehilangan pemikiran yang rasional

2.2.6 Kecemasan Pre Operasi

Pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif, tahap ini merupakan awalan yang menjadi kesuksesan tahap-tahap berikutnya. Respon yang sering muncul ditahap ini adalah kecemasan. Kecemasan merupakan respon terhadap keadaan fisiologis dan psikologis yang ditandai dengan gejala somatik, emosional, kognitif, dan komponen perilaku. Respon tersebut ditunjukkan juga terhadap pasien yang menunggu proses pembedahan, rata – rata kasusnya mencapai 60 sampai 80 % pasien yang mengalami kecemasan (Petot et al., 2019). Kecemasan yang muncul pada pasien pre operasi ini dapat dilihat melalui peningkatan denyut jantung dan tekanan arteri yang dipicu oleh mekanisme pengaturan endokrin dan sistem saraf otonom yang melibatkan

corticotropinreleasing hormon, hormon *adrenokortikotropik*, *kortisol*, *epineprin*, *dopamin*, *prolaktin*, *sitokin (interleukin-6)* (Wetsch et al., 2009) munculnya stress dan kecemasan ini umumnya terjadi pada saat pasien menunggu proses pembedahan, cemas terhadap nyeri setelah operasi, dan perasaan takut mati setelah dibius. Penilaian kecemasan pre operasi ini penting untuk dilakukan, karena pada pasien cemas respon pasien terhadap penggunaan obat anestesi dan obat anti nyeri setelah operasi berbeda dengan pasien yang tidak mengalami kecemasan. Pasien yang mengalami kecemasan berat cenderung membutuhkan obat dengan dosis yang besar dan memiliki resiko untuk lama dirawat (Matthias & Samarasekera, 2012).

2.2.7 Skala Kecemasan

Ada banyak instrumen yang sering digunakan untuk mengkaji dan mendiagnosa kecemasan. Dalam pengkajian klinis, area yang perlu dikaji meliputi keluhan utama, riwayat gejala saat ini, riwayat psikiatrik dan riwayat kesehatan, riwayat perkembangan sosial, dan pengkajian status mental, *diagnostic assesment/* pengkajian diagnostik. (Rhoads and Murphy, 2015)

1. *Anxiety Disorder interview Schedule (ADIS)* untuk *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV (ADIS-IV)*. Wawancara semi-terstruktur untuk mengkaji adanya temuan gangguan kecemasan DSM-IV. Digunakan untuk mengkaji adanya gangguan perasaan, dan gejala psikotik.
2. *Structural clinical interview (SCI)* untuk DSM-IV (*SCID-1*) Axis1. Wawancara terstruktur yang mengandung modul dari setiap diagnosis DSM-IV-TR axis 1.

Prosedur skoring digunakan untuk memastikan data diagnosis.

1. *General Anxiety Index* (kecemasan umum)

2. *Anxiety Sensivity Index* (ASI)

Kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan untuk mengukur ketakutan akan kecemasan

3. *Back Anxiety Inventory* (BAI)

Kuesioner yang terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengukur tingkat pengalaman seseorang tentang gejala kecemasan dalam 2 minggu terakhir.

4. *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS)

Kuesioner mengenai perasaan seseorang yang terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengukur gejala kecemasan pada 1 minggu terakhir.

5. *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ)

Kuesioner yang terdiri dari 16 pertanyaan untuk mengkaji karakteristik dari kecemasan yang dialami. Diperkenalkan oleh Meyer, Miller, Metzger, dan Borkovec (1990).

6. *Speilberg state-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Kuesioner mengenai perasaan seseorang yang terdiri dari 40 pertanyaan yang mengukur tingkat kecemasan saat ini dan selama ini. Diperkenalkan oleh Speilberger (1983).

7. *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William WK Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam DSM-II

8. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) yaitu merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengidentifikasi kecemasan dan depresi khususnya pada pasien yang dirawat di rumah sakit. HADS merupakan alat penapis yang

dikembangkan untuk dipergunakan dalam kepentingan medis. Pertama kali dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith pada tahun 1983 yang bertujuan untuk memberikan alat bantu yang dapat diterima, dapat dipercaya, valid, dan mudah bagi para klinisi untuk mengidentifikasi dan mengkualifikasi kecemasan dan depresi. Kuesioner HADS dibagi menjadi dua kategori ; HADS-A untuk menilai kecemasan yang terdiri dari 7 pertanyaan dan HADS-D untuk menilai tingkat depresi klien yang terdiri dari 7 pertanyaan, yang mana penderita menggolongkan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jumlah minimum dan maksimum penilaian skor HADS adalah 0-21 untuk masing – masing skala, dengan rincian 0-7 : normal, 8-10 : kasus ringan, 11-15 : kasus sedang, 16-21 : kasus berat.

Tabel 2.1 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)-A*

Please tick or circle the most correct answer. Don't spend too long thinking about each answer.

Answer as you are feeling now.

No	Statement	Score	√
1	I feel tense or 'wound up' :	Most of the time	3
		A lot of time	2
		From time to time, occasionally	1
		Not at all	0
2	I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:	Very definitely and quite badly	3
		Yes, but not too badly	2
		A little, but it doesn't worry me	1
		Not at all	0
3	Worrying thoughts go through my mind:	A great deal of the time	3
		A lot of the time	2
		From time to time, but not too often	1
		Only occasionally	0
4	I can sit at ease and feel relaxed:	definitely	0
		Usually	1
		Not often	2

		Not at all	3	
5	I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:	Not at all	0	
		Occasionally	1	
		Quite often	2	
		Very often	3	
		Very much indeed	3	
6	I feel restless as I have to be on the move:	Quite a lot	2	
		Not very much	1	
		Not at all	0	
		Very often indeed	3	
7	I get sudden feelings of panic:	Quite often	2	
		Not very often	1	
		Not at all	0	
		Very often indeed	3	

9. Skala menurut Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Skala ini terdiri dari 14 item, meliputi :

- 1) Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Ketakutan : tajut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll.
- 4) Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, muda lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik : nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot.

- 8) Gejala sensorik : telinga berdengung, penglihatan kabur, muka pucat, lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- 9) Gejala kardiovaskuler : nadi cepat, jantung berdebar-debar, nyeri dada, mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.
- 10) Gejala pernapasan : dada tertekan, napas pendek/sesak, tercekik, sering menarik napas panjang.
- 11) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, mual muntah, BB menurun, konstipasi, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung, perut terasa panas, kembung.
- 12) Gejala urogenetalia : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, menstruasi tidak teratur, frigiditas.
- 13) Gejala vegetatif : mulut kering, muka kering, mudah keringat, pusing, bulu roma berdiri.
- 14) Gejala yang lain : gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

2.3 Konsep Pre Operasi

2.3.1 Definisi pre operasi

Keperawatan *pre* operasi adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata *pre* operasi adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan antara lain *pre* operasi, *intra* operasi, *pasca* operasi (Brunner and Suddarth's, 2010).

1. Fase *pre* operasi dari peran keperawatan *pre* operasi dimulai ketika diambil keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien

dikirim ke meja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik atau dirumah, menjalani wawancara *pre* operasi, dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan. Bagaimanapun aktifitas perawat dibatasi hingga melakukan pengkajian pasien *pre* operasi di ruang perawatan atau di ruang operasi

2. Fase intra operasi dari keperawatan pre operasi dimulai ketika pasien masuk dan pindah ke bagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Fase ini lingkup aktifitas keperawatan dapat meliputi memasang infus, memberikan medikasi *intravena*, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien
3. Fase *pasca* operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup keperawatan mencakup rentang aktifitas yang luas selama periode ini.

2.3.2 Persiapan pre operasi

Persiapan pasien pre operasi meliputi persiapan fisik dan persiapan mental, persiapan ini sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi untuk mengurangi resiko yang akan muncul paskah pembedahan

1. Persiapan fisik

Perawatan yang harus diberikan pada pasien *pre* operasi adalah mempersiapkan secara fisik hal-hal yang dapat berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap keberhasilan proses pembedahan

atau operasi, diantaranya yaitu pertama keadaan umum pasien yang terdiri dari : kesadaran, tensi, nadi, suhu serta pemeriksaan fisik seperti adanya dekubitus atau luka, edema, serta adanya bunyi napas yang abnormal, yang kedua adalah : keseimbangan cairan dan elektrolit harus dalam batas normal, ketiga status nutrisi pasien harus baik, yang keempat puasa yaitu pengosongan lambung dan kolom perlu dilakukan, kelima memperhatikan *personal hygiene* dan yang keenam adalah pengosongan kandung kemih.

2. Persiapan mental

Dalam proses pembedahan juga perlu dipersiapkan mental pasien, karena ada beberapa faktor atau alasan yang dapat menyebabkan ketakutan dan kecemasan pada pasien tersebut. Dalam hal ini, hubungan baik antara penderita, keluarga dan petugas kesehatan sangat membantu untuk memberikan dukungan sosial (*support system*). Kecemasan ini adalah reaksi normal yang dapat dihadapi dengan sikap terbuka dan penjelasan dari operator atau dokter sebagai pelaksana pembedahan dan juga petugas kesehatan lain yang terlibat dalam tindakan operasi tersebut.

3. Pemeriksaan Pra-bedah

Setelah ditetapkan untuk menjalani operasi pasien akan menjalani pemeriksaan kesehatan untuk menentukan apakah pasien tersebut layak untuk dilakukan tindakan operasi. Umumnya bagi pasien yang berusia di bawah 30 tahun item yang perlu diperiksa dari fungsi hematologi (darah) adalah hemoglobin, leukosit, trombosit, waktu pembekuan darah dan waktu perdarahan, urine rutin, dan foto rontgen jika ada indikasi. Bagi pasien diatas 30 tahun pemeriksaan dilengkapi dengan fungsi hati, gingsi ginjal

dan rekam jantung bila terindikasi ada kelainan jantung (Bahar, 2012).

4. Persiapan Operasi

Persiapan operasi bertujuan untuk mengurangi resiko umum seperti sumbatan jalan napas, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit serta kerentangan tubuh terhadap infeksi.

1) Puasa

Puasa diperlukan untuk mengurangi resiko terjadi sumbatan jalan napas. Puasa dianjurkan minimal selama 6 jam sebelum operasi. Puasa mengosongkan lambung hingga tidak ada makanan atau minuman yang dapat dimuntahkan (Bahar, 2012).

2) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Masuknya cairan dan elektrolit diperoleh dari makanan, sedangkan hasil luarannya adalah keringat, tinja dan urin. Dikatakan seimbang bila masukan sama dengan luaran. Kekurangan cairan dan elektrolit selama berpuasa, sebelum masuk kedalam kamar operasi diganti dengan cairan infus yang dipasang di pembuluh darah. Infus ini juga dapat digunakan untuk pemberian obat – obatan yang diperlukan sebelum operasi (Bahar, 2012).

3) Kateter Urine

Pemasangan kateter urine ini diperlukan untuk menilai jumlah pengeluaran tidak hanya sebelum operasi tetapi juga pada saat operasi dan pasca operasi. Pada pasien pre operasi Sectio Caesarea elektif pemasangan kateter dapat dilakukan setelah pembiusan untuk menghindari rasa sakit yang ditimbulkan saat pemasangan

4) Antibiotik

Antibiotik merupakan obat anti infeksi untuk membunuh kuman, oleh karena itu pemberian antibiotik pada pasien pre operasi untuk mencegah terjadinya infeksi pasca operasi. Antibiotik ini diberikan sekali \pm 1 jam sebelum operasi dimulai (Bahar, 2012).

5) Cukur

Bercukur adalah tindakan aseptik yang dilakukan terhadap pasien. Pencukuran daerah operasi dan sekitarnya wajib dilakukan untuk menghindari infeksi. Pasien *sectio caesarea* perlu dilakukan pencukuran karena sayatan luka operasi yang berdekatan dengan daerah pubis serta tidak mempersulit saat penutupan luka operasi (Bahar, 2012).

2.4 Konsep *Sectio Caesarea*

2.4.1 Definisi *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea dapat didefinisikan sebagai proses pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus (Sarwono, 2016).

Sectio caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut, dan dinding rahim adalah dalam keadaan uteri serta janin di atas 500 gram (Prof. Dr. Hanifawiknyo, PSOG, 2000, 133)

Sectio Caesarea adalah metode pembedahan guna melahirkan anak melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn & Forte, 2010).

Sectio Caesarea elektif merupakan semua tindakan operatif yang indikasi atas alasan medik sudah ditentukan sebelum persalinan.

2.4.2 Klasifikasi

Klasifikasi *sectio caesarea* menurut Fraser (200) yaitu :

1. *Sectio caesarea* elektif

Keputusan tindakan operatif ini sudah dibuat selama kehamilan yang berarti sebelum persalinan dimulai. Jika indikasi *sectio caesarea* bukan *sectio caesarea* seperti plasenta previa, persalinan pervagina setelah *sectio caesarea* dapat diupayakan. *Sectio caesarea* berulang mungkin diindikasikan misalnya pada disproporsi sefalopelvik atau uterus yang sudah dua kali mengalami pembedahan.

Terdapat beberapa hal dalam *sectio caesarea* elektif yang perlu di klarifikasi kembali seperti ada beberapa operasi elektif yang dipesan menjelang cukup bulan pada waktu yang disepakati ibu dan dokter bedah dan sudah terjadwal sehingga sudah jelas diketajui perlu dilakukan pembedahan dini tetapi tidak ada perbaikan kondisi ibu ataupun janin.

2. *Sectio caesarea* darurat

Sectio caesarea darurat dilakukan jika kondisi yang tidak diinginkan selama kehamilan atau persalinan. Beberapa standar yang telah dibuat untuk menetapkan waktu maksimal yang boleh dilewati dari keputusan untuk melahirkan hingga waktu aktual bayi dilahirkan. Adapun kondisi darurat dan segalanya harus sudah siap untuk persalinan bayi yang diharapkan dapat bertahan hidup misal pada kasus prolaps tali pusat dengan memburuknya kondisi janin. Terdapat juga situasi lain ketika persalinan bersifat mendesak tetapi waktu yang digunakan untuk persiapan operasi dapat lebih banyak dan tindakan yang dilakukan dapat didiskusikan dengan relaks. Alasan mendesak/darurat untuk persalinan *sectio caesarea* yaitu perdarahan antepartum, prolaps tali pusat, ruptur uterus, disproporsi

sefalopelvik yang terdiagnosa saat persalinan, preeklamsia berat, eklamsia, dan persalinan macet pada kala satu atau kala dua dan memburuknya keadaan janin.

3. Persalinan pervagina setelah *sectio caesarea*

Persalinan per vagina setelah *sectio caesarea* sebelumnya merupakan pilihan yang aman. Fakta sebelumnya pernah menjalani *sectio caesarea* dan akan memasuki persalinan spontan memiliki kesempatan yang lebih besar untuk melahirkan dengan spontan. Kemudian ibu diberi kesempatan untuk memulai persalinan secara spontan karena induksi persalinan setelah *sectio caesarea* sebelumnya dapat menyebabkan peningkatan resiko ruptur.

4. Partus percobaan

Partus percobaan jika terdapat keraguan mengenai hasil akhir persalinan karena *sectio caesarea* sebelumnya. kriterianya meliputi ; setelah pengawasan yang adekuat ditetapkan bahwa bagian presentasi janin dapat melakukan fleksi secara adekuat untuk melewati gelang pelvis ; semua fasilitas untuk persalinan dengan tindakan telah siap tersedia ; kemajuan persalinan mencukupi, baik yang diobservasi melalui penurunan bagian presentasi janin maupun dilatasi servik; batas waktu durasi percobaan telah ditetapkan.

2.4.3 Indikasi *Sectio Caesarea*

Indikasi klasik dapat dikemukakan sebagai dasar dilakukan *Sectio Caesarea* adalah prolog labour sampai neglected labour, ruptura uteri imminen, fetal distress, janin besar dan perdarahan antepartum (Manuaba IBG, 2010). Sedangkan klasifikasi indikasi yaitu :

1) Indikasi Mutlak

Faktor mutlak untuk dilakukan SC dapat dibagi menjadi dua indikasi, yang

pertama adalah indikasi ibu, antara lain: usia ibu, panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang kuatnya stimulasi, adanya tumor jalan lahir, stenosis serviks, disproporsi sefalopelvik, plasenta previa, riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan ruptur uteri. Faktor yang kedua adalah indikasi janin, antara lain: kelaianan otak, gawat janin, prolapsus plasenta, perkembangan bayi yang terhambat, letak lintang dan mencegah hipoksia janin karena preeklamsi.

2) Indikasi Relatif

Yang termasuk faktor dilakukan persalinan SC secara relatif, antara lain : presentasi bokong, distosia fetal distress, preeklamsi berat, ibu dengan operasi SC sebelumnya, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu atau gemeli.

3) Indikasi Sosial

Permintaan ibu untuk melakukan *sectio caesarea* sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan *sectio caesarea*. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan didiskusikan. Beberapa alasan ibu meminta dilakukan persalinan *sectio caesarea*, antara lain: ibu yang melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, ibu yang ingin *sectio caesarea* secara elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan, namun keputusan pasien harus tetap dihargai dan perlu ditawarkan pilihan cara melahirkan yang lainnya.

2.4.4 Macam-macam *Sectio Caesarea*

Tipe-tipe dari *Sectio Caesarea* (Oxorn & Forte, 2010) adalah:

1. Tipe segmen bawah: Insisi melintang

Insisi melintang segmen bawah uterus merupakan prosedur pilihan

abdomen dibuka dan disingkapkan, lipatan vesika uteri peritoneum yang terletak dekat sambungan segmen atas dan bawah uterus disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih didorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang,

2. Tipe segmen bawah: insisi membujur

Cara membuka abdomen dan menyingkapkan uterus sama seperti pada sisi melintang. Insisi membujur dibuat dengan skapal dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

3. *Sectio caesaria* klasik (korporal)

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skapal ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul,

4. *Sectio caesaria* ekstraperitoneal

Pembedahan ekstraperitoneal dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisasi yang sering bersifat fatal.

2.5 Konsep Terapi Musik

2.5.1 Definisi terapi musik

Musik merupakan hasil cipta, rasa dan karsa manusia yang ditata berdasarkan bunyi yang indah, berirama atau dalam bentuk lagu (Dayat, 2012). Musik adalah panduan rangsang suara yang membentuk getaran yang dapat memberikan rangsangan pada pengindraan, organ dan emosi. Ini berarti, individu yang mendengarkan musik akan memberi respon, baik secara fisik maupun

psikis, yang akan menggugah sistem tubuh, termasuk aktivitas kelenjar – kelenjar di dalamnya (Nilsson, 2009). Terapi musik terdiri dari dua kata yaitu terapi dan musik. Terapi berkaitan dengan serangkaian upaya yang dirancang untuk membantu masalah fisik atau mental, sedangkan musik adalah media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi. Terapi musik adalah terapi yang menggunakan media musik atau terapi yang bersifat nonverbal (Djohan, 2006). Sedangkan menurut (Dayat, 2012) terapi musik adalah proses yang menggunakan musik untuk terapi aspek fisik, emosional, mental, sosial, estetika dan spiritual untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatan mereka. Terapi musik digunakan untuk berbagai kondisi termasuk gangguan kejiwaan, masalah medis, cacat fisik, gangguan sensorik, cacat perkembangan, masalah penuaan, meningkatkan konsentrasi belajar, mendukung latihan fisik, serta mengurangi stres dan kecemasan pada pasien (Dayat, 2012). Studi tentang kesehatan jiwa, telah menunjukkan terapi musik sangat efektif dalam meredakan kegelisahan dan stress, mendorong perasaan rileks serta meredakan depresi. Terapi musik membantu orang lain yang memiliki masalah emosional dalam mengeluarkan perasaan, membuat perubahan positif dengan suasana hati, membantu memecahkan masalah dan memperbaiki masalah (Aizid, 2011)

2.5.2 Manfaat terapi musik

Terapi musik sangat efektif dalam meredakan kegelisahan dan stres, mendorong perasaan rileks, meredakan depresi dan mengatasi insomnia. Terapi musik membantu banyak orang yang memiliki masalah emosional, membuat perubahan positif, menciptakan suasana hati yang damai, membantu memecahkan masalah dan memperbaiki konflik internal. Beberapa manfaat yang bisa didapatkan dari

terapi musik (Campbell, 2001) yaitu :

1. Musik menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan.
2. Musik dapat memperlambat dan menyeimbangkan gelombang otak.
3. Musik mempengaruhi pernapasan.
4. Musik mempengaruhi denyut jantung, denyut nadi, dan tekanan darah.
5. Musik mengurangi ketegangan otot dan memperbaiki gerak serta keordinasi tubuh.
6. Musik juga mempengaruhi suhu badan.
7. Musik dapat mengatur hormon – hormon yang berkaitan dengan stres.
8. Musik dapat memperkuat ingatan dan pelajaran.
9. Musik mengubah persepsi tentang waktu.
10. Musik dapat meningkatkan produktifitas dan asmara serta seksualitas.
11. Musik dapat merangsang pencernaan, dan meningkatkan daya tahan tubuh.
12. Musik dapat menimbulkan rasa aman dan sejahtera.

2.5.3 Mekanisme kerja terapi musik

Mekanisme kerja musik untuk rileksasi rangsangan atau unsur irama dan nada masuk ke *canalis auditorius* dihantar sampai ke *thalamus* sehingga memori di sitem *limbic* aktif secara otomatis mempengaruhi saraf otonom yang disampaikan ke *thalamus* dan kelenjar *hipofisis* dan muncul respon terhadap emosional melalui feedback ke kelenjar *adrenal* untuk menekan pengeluaran hormon stress sehingga seseorang menjadi rileks (Mirna, 2014). Elemen musik terdiri dari lima unsur penting yaitu *pitch* (frekuensi), volume (intensity), timbre (warna nada), interval, dan *rhytm* (tempo atau durasi) (Heather, 2010). Misalkan *pitch* yang tinggi, dengan *rhytm* cepat dan volume yang keras akan meningktakan

ketegangan otot dan menimbulkan perasaan tidak nyaman. Sebaliknya, pada *pitch* yang rendah dengan *rhythm* yang lambat dan volume yang rendah akan menimbulkan efek rileks (Wigram, 2002).

Tempo adalah ukuran kecepatan dalam birama lagu. Tempo musik yang digunakan dalam pemberian terapi yaitu tempo musik standar dengan kecepatan 64 – 80 bpm dan 100 – 120 bpm. Musik yang lambat akan menurunkan *respiratory rate*, sementara denyut nadi memiliki kesesuaian dengan *rhythm* dari musik, dengan begitu akan mengubah gelombang beta menjadi gelombang alfa di otak. *Pitch* dan *rhythm* akan berpengaruh pada sistem limbik yang mempengaruhi emosi (Wigram, 2002). Musik bersifat terapeutik artinya dapat menyembuhkan, salah satu alasan karena musik menghasilkan rangsangan ritmis yang kemudian di tangkap melalui organ pendengaran dan diolah di dalam sistem saraf tubuh dan kelenjar otak yang selanjutnya mereorganisasi interpretasi bunyi ke dalam ritme pendengarannya. Sebagian besar perubahan fisiologis tersebut terjadi akibat aktivitas dua sistem *neuroendokrin* yang dikendalikan oleh hipotalamus yaitu sistem simpatis dan sistem korteks adrenal (Prabowo, et al.,2007). Hipotalamus juga dinamakan pusat stress otak karena fungsi gandanya dalam keadaan darurat. Fungsi pertamanya mengaktifkan cabang simpatis dan sistem otonom. Hipotalamus menghantarkan implus saraf ke nukleus – nukleus di batang otak yang mengendalikan fungsi sistem saraf otonom. Cabang simpatis saraf otonom bereaksi langsung pada otot polos dan organ internal yang menghasilkan beberapa perubahan tubuh seperti peningkatan denyut jantung dan peningkatan tekanan darah. Sistem simpatis juga mengstimulus medulla adrenal untuk melepaskan hormon epinefrin (adrenalin) dan norepinefrin ke dalam pembuluh

darah, dan norepinefrin secara tidak langsung melalui aksinya pada kelenjar hipofisis melepaskan gula dari hati (Nilsson, 2009).

Musik dipercaya meningkatkan pengeluaran hormon endorfin yang memiliki efek relaksasi pada tubuh. Endorfin juga sebagai ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain mengeluarkan *Gama Amino Butyric Acid* (GABA) yang berfungsi menghambat hantaran implus listrik dari satu neuron ke neuron lainnya oleh neurotransmitter di dalam sinaps. Midbrain juga mengeluarkan enkepalin dan beta endorfin. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang akhirnya mengeliminasi neurotransmitter rasa nyeri pada pusat persepsi dan interpretasi sensorik somati di otak (Nilsson, 2009)

2.6 Teori Adaptasi Roy

2.6.1 Latar belakang teori adaptasi

Sister Callista Roy adalah anggota *sister of Saint Joseph of Carondelet* yang lahir pada tanggal 14 oktober 1093 di Los Angles, California. Dia menerima gelas S1 keperawatan pada tahun 1963 di *Mount Saint Mary's College* di Los Angles dan menyelesaikan master keperawatan di Universitas California tahun 1966. Setelah menyelesaikan master keperawatan, Roy memulai pendidikan di bidang sosiologi dan menyelesaikan master tahun 1973 dan doktoral tahun 1977 di Universitas California. Dalam seminar dengan Dorothy E. Jhonson, Roy tertantang untuk mengembangkan sebuah model konsep keperawatan. Dimulai dengan pendekatan teori sistem, Roy menambahkan kerja adaptasi dari Helsen seorang ahli fisiologi dan psikologi. Helsen membangun pegertian konsep adaptasi dengan mengartikan respon adaptif sebagai fungsi dari datangnya stimulus sampai tercapainya derajat adaptasi yang dibutuhkan individu.

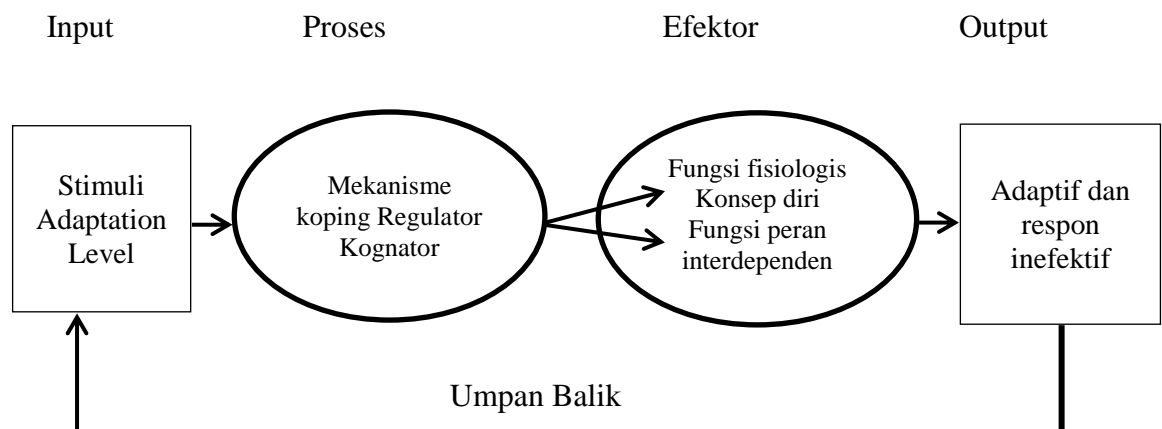
Roy mengkombinasikan teori adaptasi Helson dengan defenisi dan pandangan terhadap manusia sebagai sistem yang adaptif. Selain dua konsep tersebut, Roy juga mengadaptasi nilai humanisme dalam model konseptualnya yang berasal dari teori A.H. Maslow untuk menggali keyakinan dan nilai dari manusia. Menurut Roy, humanisme dalam keperawatan adalah keyakinan terhadap kemampuan coping manusia dalam meningkatkan derajat kesehatan.

Teori Adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1964 -1966 dan baru dioperasionalkan pada tahun 1968. Teori adaptasi Roy memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi. Roy menyatakan interaksi yang konstan antara individu dan lingkungan ditandai oleh perubahan internal dan eksternal. Oleh karena perubahan tersebut, individu harus mempertahankan integritas dirinya, yaitu beradaptasi secara kontinyu (Nursalam, 2016). Tujuan keperawatan adalah membantu klien beradaptasi dan meningkatkan kesehatannya dengan cara mempertahankan perilaku adaptif serta merubah perilaku maladaptif. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap tekanan lingkungan internal dan eksternal akan menyebabkan klien membutuhkan pelayanan kesehatan. Dalam memahami konsep model ini, Roy menetapkan empat komponen elemen sentral paradigma keperawatan dalam model adaptasi tersebut yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Keempat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem (Alligood & Tomey, 2006).

2.6.2 Manusia

Roy mengemukakan bahwa manusia merupakan fokus utama yang menerima asuhan keperawatan, baik itu individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Roy memandang manusia sebagai “*Holistic Adaptif Sistem*” yang

dalam sistem kehidupannya akan selalu berinteraksi dengan lingkungannya, dimana di antara keduanya akan terjadi pertukaran informasi, “matter” dan energi. Dalam konsep Sistem, pandangan Roy tentang manusia antara lain: manusia sebagai makhluk biopsikososial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus; untuk mencapai suatu keseimbangan, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi dengan menggunakan coping, baik yang bersifat positif maupun negatif ; semua individu harus beradaptasi terhadap tekanan internal dan eksternal dalam memenuhi empat mode adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi) ; individu selalu berada pada rentang sehat sakit dan hal ini berhubungan dengan keefektifan coping yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap perubahan (Alligood & Tomey, 2006). Sebagai sistem adaptif, Roy menggambarkan manusia secara holistik sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari Input, Proses kontrol, Efektor dan Output.



Gambar 2.2 Sistem manusia sebagai sistem adaptasi pada konsep teori adaptasi Callista Roy

1. Input

Input berarti manusia menerima masukan dari lingkungan luar (eksternal) dan dalam (internal) dirinya sendiri. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, di mana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

1) Stimulus fokal

Stimulus fokal adalah stimulus internal dan eksternal yang langsung berhadapan dengan seseorang, menimbulkan efek segera dan membutuhkan perhatian paling besar (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006). Stimulus fokal dalam penelitian ini adalah pasien pre-operasi *Sectio Caesarea* elektif, mencakup karakteristik: usia, pekerjaan dan tingkat pendidikan; faktor klinis: riwayat kehamilan dan persalinan, usia kehamilan saat ini, dan riwayat operasi sebelumnya; faktor keluhan atau *symptoms* yang menyebabkan atau sebagai alasan dilakukannya operasi *Sectio Caesarea*.

2) Stimulus kontekstual

Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain yang dialami seseorang yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan dilaporkan secara subyektif. Rangsangan ini muncul secara bersamaan di mana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal (Roy & Andrews, 1999 dalam Alligood & Tomey, 2006).

3) Stimulus residual

Stimulus residual adalah faktor lingkungan tambahan yang ada dalam situasi tersebut, tetapi efeknya tidak jelas, sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu dan pengalaman yang lalu. Stimulus ini berkembang sesuai pengalaman yang lalu dan menjadi proses belajar untuk mentoleransinya.

2. Proses Kontrol

Menurut Roy, proses kontrol adalah bentuk mekanisme koping seseorang dalam menghadapi stimulus internal atau eksternal. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

1) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan *spinal cord* yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2) Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa.

Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Efektor

Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 mode adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

1) Mode Fungsi Fisiologis

Fungsi fisiologis berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan (Oksigenasi, Nutrisi, Eliminasi, dan aktivitas-istirahat) dan fungsi fisiologis kompleks terdiri dari 4 kebutuhan (Proteksi/perlindungan, panca indra, cairan dan elektrolit, dan fungsi endokrin).

2) Mode Konsep Diri

Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental, ekspresi perasaan dan integritas spiritual. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.

3) Mode fungsi peran

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang tercermin dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya.

4) Mode Interdependensi

Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

1. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam (internal) maupun dari luar (eksternal). Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang maladaptif. Respon yang adaptif akan meningkatkan integritas manusia sehingga terlihat orang tersebut mampu mempertahankan kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang, bereproduksi dan memiliki keahlian, sedangkan respon yang maladaptif atau inefektif akan mengganggu integritas seseorang.

2.6.3 Lingkungan

Menurut Roy, lingkungan adalah semua stimulus yang berasal dari dalam maupun sekitar individu. Lingkungan adalah semua kondisi, keadaan dan pengaruh- pengaruh disekitar individu yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok (Roy & Adrews, 1991 dalam Alligood & Tomey, 2006). Tugas seseorang adalah mendesign lingkungan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi atau meminimalkan resiko yang akan terjadi pada saat terjadi perubahan.

2.6.4 Kesehatan

Definisi sehat menurut Roy adalah *“a state and process of being and becoming an integrated and whole person”*. Integritas atau keutuhan manusia meliputi integritas fisiologis, psikologis dan sosial. Integritas ditunjukkan dengan adanya kemampuan untuk mempertahankan diri, tumbuh, berkembang dan beradaptasi secara terus menerus. Asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan untuk memaksimalkan respon adaptif dan meminimalkan respon inefektif individu dalam kondisi sehat maupun sakit. (Roy & Adrews, 1991 dalam Alligood & Tomey, 2006).

2.6.5 Keperawatan

Roy menjelaskan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptif melalui empat mode adaptasi. Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat harus dapat mengatur stimulus fokal, kontekstual dan residual yang ada pada individu, dengan lebih menitikberatkan pada stimulus fokal, yang merupakan stimulus tertinggi..

2.7 Keaslian Penelitian

Kata kunci yang digunakan dalam pencarian *database* untuk keaslian penelitian ini adalah *anxiety*, *sectio caesarea* dan *spiritual songs* ; beserta alternatifnya (lihat tabel 2.1). Database yang dipilih pada pencarian ini yaitu artikel yang dimuat dalam *Scopus*

Tabel 2.2 Penggunaan Kata Kunci Dalam Pencarian Literatur

<i>AND</i>			
<i>Key words</i>	<i>Anxiety</i>	<i>Sectio Caesarea</i>	<i>Spiritual Songs</i>
	' <i>Stress</i> '	' <i>Childbirth</i> '	' <i>Music</i> '
<i>OR</i>		' <i>Surgery</i> '	' <i>Pray</i> '
		' <i>Pre Operative*</i>	' <i>Religious*</i>

Metode penggunaan kata kunci yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. *Anxiety OR 'stress'*
2. *Sectio Caesarea OR 'Childbirth' OR 'surgery' OR 'pre-operative*'*
3. *Spiritual songs OR 'music' OR 'pray' OR 'religious*'*
4. 1 AND 2 AND 3

Selain itu peneliti juga mencari database melalui beberapa sumber lain yaitu *Science direct*, *Proques*, jurnal *Anaestesi*, *Google Scholar*.

Hanya artikel yang memenuhi kriteria inklusi berikut yang dilibatkan dalam tabel keaslian pada penelitian ini:

1. *Participants*-Subyek-sebagian besar sampel yaitu pasien yang akan menjalani tindakan operasi *sectio caesarea* dan pasien yang mengalami kecemasan *pre* operasi.
2. *Interventions/Interest*-menggunakan pengukuran kecemasan dengan kuesioner STAI, HARS dan VAS
3. *Comparison/Context*-penelitian yang dilakukan di negara berkembang, maju, dan miskin.
4. *Outcomes/Objective*-menganalisa pengaruh musik/lagu religi terhadap kecemasan pre-operasi.

Dari penelusuran yang dilakukan oleh peneliti, literatur jurnal yang didapatkan peneliti sebanyak 15 jurnal yang sesuai dalam penelitian ini. Berikut merupakan daftar artikel yang di gunakan dalam keaslian penelitian :

Tabel 2.3 Keaslian Penelitian Pengaruh Doa Melalui Lagu Religi Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien *Pre-Operasi Sectio Caesarea*.

No	Judul	Metode	Hasil
1	<i>Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section</i> , (Hepp, et al.,2016)	<p>Desain: Studi Prospektif (Kohort)</p> <p>Sampel: 47 responden</p> <p>Variabel: a. Independent: b. dependen</p> <p>Instrumen: STAI-state, VASA, Cortisol in saliva</p> <p>Analisis: <i>ANOVAs analysis</i></p>	Tingkat kecemasan puncak untuk STAI dan VAS yang tertinggi saat masuk dan menunjukkan penurunan yang signifikan untuk penutupan kulit ($p < .001$). Untuk tingkat kortisol tingkat puncak kecemasan ditampilkan di penutupan kulit dengan peningkatan yang signifikan dari masuk ke penutupan kulit dan penurunan yang

No	Judul	Metode	Hasil
			signifikan dari penutupan kulit ke posting operasi 2 h (p- nilai-nilai <0,001). Selain itu wanita dengan skor STAI-sifat di atas median menunjukkan tingkat signifikan lebih tinggi di puncak posting operasi 2 h (p- nilai-nilai <0,001).
2	<i>Preoperative anxiety in surgical patients -Experience of a single unit, (Matthias, et al.,2012)</i>	<p>Desain: Studi Prospektif</p> <p>Sampel: 100 responden</p> <p>Variabel: Kecemasan pre operasi pasien bedah</p> <p>Instrumen: Visual analogue scale (VAS) Guided Imagey and Music (GIM)</p> <p>Analisis: SPSS versi 16, <i>Krus-kall Wallis test</i></p>	Perempuan lebih cemas dibandingkan laki-laki (p ¼ 0,02) dan mereka yang tidak pernah operasi lebih gelisah daripada yang pernah operasi (p ¼ 0,05). Kunjungan pra anestesi dan premedikasi mengurangi total skor kecemasan (Z ¼? 3.07, mereka yang sebelumnya menjalani operasi (p ¼ 0,05).
3	<i>Music and Preoperative Anxiety (Shu-Ming Wang, et al, 2002)</i>	<p>Desain: Randomized, Controlled Study</p> <p>Sampel: 93 responden</p> <p>Variabel</p> <p>a. independen musik</p> <p>b. dependen kecemasan</p> <p>Instrumen: State trait anxiety inventory (STAI)</p> <p>Analisis Anova Analisis</p>	Ada perubahan yang signifikan dari waktu ke waktu di tingkat kecemasan pasien atas dasar tugas kelompok. post waktu ke waktu di tingkat kecemasan pasien atas dasar tugas kelompok. post hoc analisis dem- onstrated bahwa pasien dalam kelompok musik itu hoc analisis dem- onstrated bahwa pasien dalam kelompok musik itu dapat tercapai kurang cemas setelah intervensi dibandingkan dengan pasien dalam kelompok kontrol (P 0,001).

No	Judul	Metode	Hasil
4	<i>Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled,</i> (Hepp, Philip et al, 2018)	<p>Desain: SAMBA study is a single-centre, controlled</p> <p>Sampel: Randomized sampling</p> <p>Variabel: c. Independen: intervensi musik d. Dependen: Kecemasan dan Stress Ibu</p> <p>Instrumen: Visual analogue scale (VAS), State trait anxiety inventory (STAI)</p> <p>Analisis: SPSS versi 24, <i>Chi Square test.</i></p>	<p>Pada jahitan kulit, tingkat kecemasan secara signifikan lebih rendah dilaporkan pada kelompok intervensi mengenai kecemasan (31,56 vs 34,41; $p = .004$) dan skala analog visual untuk kecemasan (1,27 vs 1,76; $p = .018$). Dua jam setelah operasi, VAS yang diukur visual untuk vs 34,41; $p = .004$) dan skala analog visual untuk kecemasan (1,27 vs 1,76; $p = .018$).</p> <p>Parameter obyektif menunjukkan perbedaan yang skor kecemasan pada kelompok intervensi itu masih jauh lebih rendah (0,69 vs 1,04; $p = .018$).</p>
5	<i>Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety?</i> (Ortiz, et al., 2013)	<p>Desain: Survey</p> <p>Sampel: <i>Stratified Systematic random sampling</i></p> <p>Variabel: a. Independen: Pendidikan Pasien Pre Operasi b. Dependen: Kepuasan, dan Kecemasan</p> <p>Instrumen: Handout Pendidikan Anestesi</p> <p>Analisis: SPSS versi 24</p>	<p>Pasien yang menerima handout, statistik signifikan peningkatan f_i kan ditemukan dalam pertanyaan-pertanyaan yang ditanya tentang kepuasan berkaitan dengan pemahaman tentang jenis anestesi, pilihan untuk mengontrol rasa sakit.</p> <p>Pasien apa yang seharusnya pada hari operasi, dan jumlah mengingat informasi yang berkaitan dengan rencana anestesi.</p> <p>Tidak ada perbedaan dalam kecemasan yang terkait dengan operasi pada pasien yang menerima handout pendidikan mereka dibandingkan dengan pasien yang tidak.</p>

No	Judul	Metode	Hasil
6	<i>Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery</i> , (W A Wetscher, 2009)	<p>Desain: <i>clinical investigation</i></p> <p>Sampel: 135 responden</p> <p>Variabel: b. Independen: stress dan kecemasan pre operasi c. Dependen: Pasien penitipan dan pasien rawat nginap</p> <p>Instrumen: Visual analogue scale (VAS), Dental anxiety scale (DAS) and State trait anxiety inventory (STAI)</p> <p>Analisis: SPSS versi 15.0</p>	<p>Signifikan kecemasan pra operasi dilaporkan oleh (45,3%) pasien rawat inap dan (38,3%) penitipan.</p> <p>Korelasi antara penyimpangan dalam konsentrasi kortisol plasma dari normal skor distribusi dan kecemasan diurnal dan skor stres juga serupa, dan peningkatan relatif variabel stres pra operasi dan langkah-langkah yang diamati pada pasien penitipan dan pasien rawat inap juga sebanding. pengukuran bio-umpan balik mengungkapkan konduktansi kulit pra operasi secara signifikan lebih tinggi (P, 0,001), pada pasien penitipan daripada di rawat inap, menunjukkan peningkatan respon stres vegetatif.</p>
7	<i>Role of music therapy in reducing anxiety</i> , (Rajkumar, D R Jude, Nithin Joseph, 2019)	<p>Desain: <i>Experimental studies</i></p> <p>Sampel: <i>Randomised controlled trials</i></p> <p>Variabel: a. Independen: terapi musik b. Dependen: Kecemasan</p> <p>Instrumen: <i>Visual analogue scale (VAS), Dental anxiety scale (DAS), State trait anxiety inventory (STAI)</i></p> <p>Analisis: Analisis Meta dan sistematik review</p>	<ol style="list-style-type: none"> Musik dapat digunakan sebagai intervensi terapeutik non-invasif untuk mengurangi kecemasan pre operasi. Terapi musik membutuhkan waktu yang cepat, mudah tersedia, dan mengurangi kecemasan tanpa komplikasi.

No	Judul	Metode	Hasil
8	<i>Effects of music intervention on anxiety and pain reduction in ambulatory maxillofacial and otorhinolaryngology</i> (Eilani, et al.,2017)	<p>Desain: Deskriptif</p> <p>Sampel: 19 responden</p> <p>Variabel: a. Independen : Intervensi Musik b. Dependen : Kecemasan dan Pengurangan Nyeri.</p> <p>Instrumen: Visual analogue scale (VAS)</p> <p>Analisis: SPSS versi 24</p>	Diantara pasien menganggap bahwa mendengarkan musik sebelum operasi telah menurunkan kecemasan, 31,5% dari pasien mengatakan musik membantu sebelum operasi, 58% membantu sebagian dan 10,5% tidak memerlukannya.
9	<i>Effect of Guided Imagey and Music (GIM) on Preoperative Anxiety of Sectio Effect of Guided Imagey and Music (GIM) on Preoperative Anxiety of Sectio Caesaria (SC) Patient in RSUD Banyumas</i> (Ade Sutrimo, 2018)	<p>Desain: Pra Eksperimental (One-group pra-post test design)</p> <p>Sampel: consecutive sampling (21 responden)</p> <p>Variabel: a. Independen : Guided Imagey and Music (GIM) b. Dependen : Kecemasan Pre Operasi SC</p> <p>Instrumen: Taylor Manifest Anxiety Scale (T-MAS), Guided Imagey and Music (GIM)</p> <p>Analisis: Uji statistik Wilcoxon</p>	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dari GIM pada kecemasan pre operasi SC pasien di RSUD Banyumas, Uji Wilcoxon menunjukan nilai $p < 0.05$ (p value = 0,033) dan menghitung uji $Z < -3.533$.

No	Judul	Metode	Hasil
10	<i>Comparing the effects of self-selected music versus predetermined music on patient anxiety prior to gynaecological surgery</i> (B Nicolas, 2019)	<p>Desain: <i>Study protocol for a randomised controlled trial</i></p> <p>Sampel: Probability Sampling (170 responden)</p> <p>Variabel: a. Independen : Efek musik yang dipilih pasien dan yang disiapkan b. Dependen : kecemasan pasien pre operasi ginekologi</p> <p>Instrumen: State trait anxiety inventory (STAI)</p> <p>Analisis: Kovarians (ANCOVA)</p>	Hasil penelitian ini membantu untuk mengidentifikasi pengobatan non-medis yang lebih efektif untuk kecemasan pre operasi, serta untuk beradaptasi terapi musik dengan konteks budaya pasien.
11	<i>Effectiveness Of Spiritual Learning On Anxiety Patients Of Pre Prefects Cesarean.</i> (Heni Frilasari, 2018)	<p>Desain: Analitik</p> <p>Sampel: Consecutive Sampling (20 responden)</p> <p>Variabel: a. Independen: Pembelajaran Spiritual. b. Dependen: Kecemasan pasien Pre Operasi SC</p> <p>Instrumen: SAP, HARS kuesioner</p> <p>Analisis: Uji Wilcoxon</p>	Ada pengaruh bimbingan rohani pada tingkat kecemasan pasien pre operasi. Semua pasien pre operasi setelah bimbingan rohani mengalami kecemasan ringan. Bimbingan rohani merupakan salah satu cara terbaik untuk komunikasi terapeutik dalam meningkatkan mekanisme koping dan relaksasi individu.
12	Pengaruh Terapi	Desain:	Hasil penelitian ini

No	Judul	Metode	Hasil
	Musik Klasik Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea.(Irma Fidora, Arzila Prastika, 2018)	Pre Experimental Design (<i>One-Group Pretest Posttest</i>) Sampel: <i>Consecutive Sampling</i> (28 responden) Variabel: a. Independen: Terapi musik klasik b. Dependen: Penurunan Skala Nyeri Post Operasi SC Instrumen: MP3 musik Klasik, Numeric Rating Scale (NRS) Analisis: T-test Paired.	menunjukkan nilai p value <0,001. Penelitian mengidentifikasi bahwa ada pengaruh terapi musik klasik terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post sectio caesarea diruang kebidanan rawatan di RS Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
13	Pengaruh pendampingan layanan spiritual terhadap tingkat kecemasan pasien pre-operasi <i>closed fracture</i> di RS Muhammadiyah Lamongan, (Abdul Munif, 2018)	Desain: Quasi Experimental Sampel: Non Probability Sampling dengan teknik <i>Consecutive Sampling</i> Variabel: a. Independen: Pendampingan layanan spiritual b. Dependen: Kecemasan Pasien Pre-operasi Instrumen: SAP, HARS kuesioner Analisis: Mann Whitney Test	Terjadi penurunan tingkat kecemasan yang signifikan dengan nilai $p=0,001$ setelah menerima intervensi pendampingan layanan spiritual
14	<i>Measures of Anxiety</i> , (Laura J. Julian, 2011)	State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety	1. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) : mengukur tingkat

No	Judul	Metode	Hasil
		Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A),	kecemasan dan tingkat keparahan yang dirasakan klien saat ini, dan kecemasan yang cenderung dirasakan. 2. Beck Anxiety Inventory (BAI) : ukuran singkat kecemasan dengan berfokus pada gejala somatik, dan dikembangkan untuk membedakan antara kecemasan dan depresi 3. Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A): untuk mengetahui tingkat kecemasan dan gejala depresi yang di alami oleh pasien yang sementara dirawat.
15	<i>Reliability Indonesian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of Stroke Patients in Sanglah Hospital Denpasar, (Rudi M, et al., 2012)</i>	Desain: Cross-sectional Sampel: 20 responden Variabel: Instrumen: <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> Analisis: Koefisien kappa cohen	Hasil dari kesepakatan antara pemeriksa (koefisien kappa) skala HADS yaitu sebesar 0,706 untuk subskala kecemasan dan 0,681 untuk subskala depresi. Kesimpulan : Skala HADS versi bahasa Indonesia menunjukkan reliabilitas yang baik dengan kesepakatan pemeriksa yang baik.