

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI RELAKSASI  
IMAJINASI TERBIMBING PADA PASIEN KISTA OVARIUM  
DENGAN MASALAH KECEMASAN PRE OPERASI  
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY  
DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)**

Oleh:

**ERMINA TUKAU**

**NIM : P1605276**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI RELAKSASI  
IMAJINASI TERBIMBING PADA PASIEN KISTA OVARIUM  
DENGAN MASALAH KECEMASAN PRE OPERASI  
MENGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY  
DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)**

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi  
Ners Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada  
Samarinda



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TEHNIK RELAKSASI GENGAM JARI  
PADA PASIEN POST OPERASI KANKER OVARIUM DENGAN MASALAH  
NYERI MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI  
CALLISTA ROY DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL  
WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

**BERTIN**

NIM: P.1605.270

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 12 Desember 2017

PENGUJI I

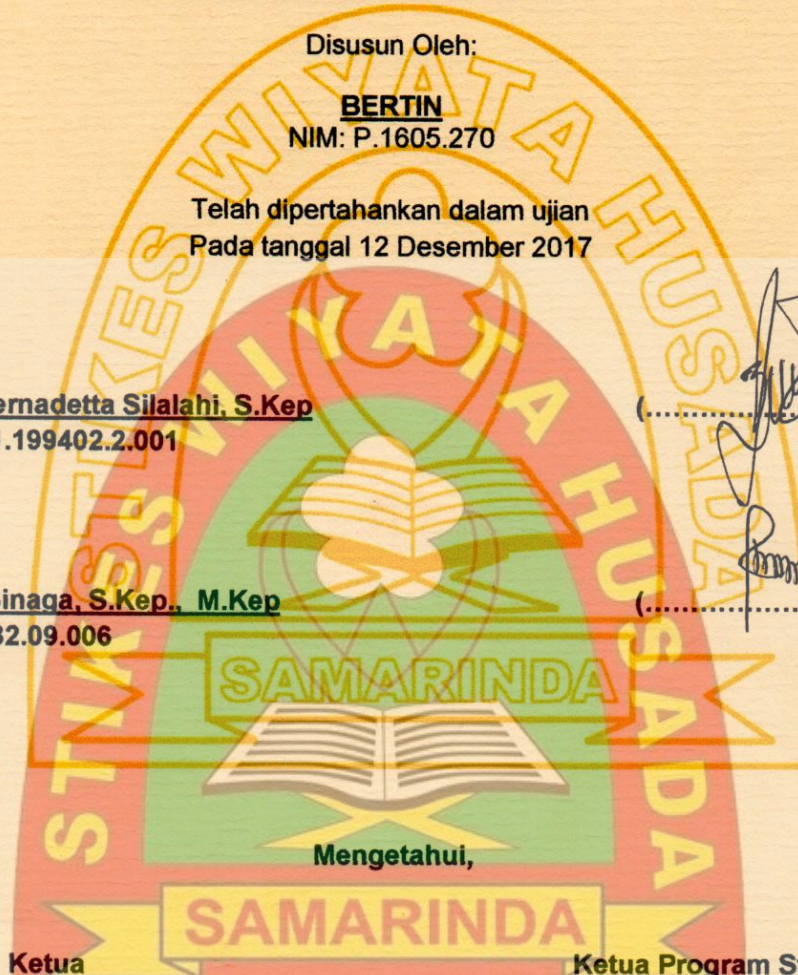
Ns. Arome Bernadetta Silalahi, S.Kep  
NIP:19700521.199402.2.001

(.....)

PENGUJI II

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep  
NIK: 113072.82.09.006

(.....)



Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep  
NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep  
NIK:113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ermina Tukau  
NIM : P1605276  
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata  
Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Terapi Relaksasi Imajinasi Terbimbing Pada Pasien Kista Ovarium Dengan Masalah Kecemasan Pre Operasi Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 14 Desember 2017  
Yang Membuat Pernyataan,

Ermina Tukau  
NIM : P1605276

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING PADA PASIEN KISTA OVARIUM DENGAN MASALAH KECEMASAN PRE OPERASI MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI ROY DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi S1 Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama ini perkenalkanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya, dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Edi Mulyono, Ns, M.Kep; selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu Sumiati Sinaga, Ns, M.Kep; selaku Wakil Ketua I dan Dosen Pembimbing Akademik Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Rusdi, Ns, M.Kep; selaku kepala program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Arome Bernadetha Silalahi, Ns, S.Kep; sebagai Pembimbing Klinik di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.
5. Kepala Ruangan Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda beserta Staf yang telah membantu penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
6. Kepada orang tua, suami dan anak yang telah memberikan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Seluruh rekan-rekan mahasiswa/i Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak langsung hingga tersusunnya Karya Ilmiah Akhir Ners.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak kekurangannya, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat, amin.

Samarinda, Desember 2017

Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Terapi Relaksasi Imajinasi Terbimbing Pada Pasien Kista Ovarium Dengan Masalah Kecemasan Pre Operasi Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Ermina Tukau<sup>1</sup>, Sumiati Sinaga<sup>2</sup>, Arome Bernadetha Silalahi<sup>3</sup>

Kista ovarium merupakan salah satu penyakit sistem reproduksi yang sering dialami oleh wanita. Pengobatannya pada umumnya biasanya dilakukan tindakan operasi. Biasanya pasien yang akan menjalani proses operasi akan mengalami masalah kecemasan mulai dari kecemasan ringan hingga berat. Pendekatan teori Adaptasi Roy menjelaskan bahwa ada empat mode adaptasi yang ada hubungannya dengan respon sistem manusia untuk melakukan stimulasi dari lingkungannya yaitu Mode Adaptasi Fisiologis, Mode Adaptasi Konsep Diri, Mode Adaptasi Fungsi Peran dan Mode Adaptasi Interdependensi. Kecemasan merupakan gangguan pada mode adaptasi konsep diri yaitu *self consistency* yaitu bagaimana upaya seseorang menghindari dari ketidakseimbangan. Salah satu tindakan untuk mengatasi masalah kecemasan adalah dengan menggunakan teknik relaksasi imajinasi terbimbing. Dalam kasus ini ada 5 pasien kelolaan yang diberikan teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan setelah diberikan terapi relaksasi imajinasi terbimbing, kecemasan berkurang dengan rata-rata 9 (tidak ada kecemasan). Penerapan asuhan keperawatan ini menggunakan teori Calista Roy karena pengkajiannya lebih spesifik untuk masalah mode konsep diri dalam masalah kecemasan sehingga perawat mengetahui intervensi yang akan diberikan dalam manajemen kecemasan.

Kata kunci: Model Teori Adaptasi Calista Roy, kecemasan pre Operasi, Terapi Relaksasi Imajinasi Terbimbing.

1. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
2. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
3. RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda

## DAFTAR ISI

Halaman Judul Depan .....	i
Halaman Judul Dalam .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Lembar Pernyataan Keaslian .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vi
Daftar Isi .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	7
C. Manfaat .....	7
1. Manfaat Teoritis .....	7
2. Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b> .....	<b>9</b>
A. Konsep Kista Ovarium .....	9
B. Konsep Kecemasan .....	11
C. Konsep Imajinasi Terbimbing .....	16
D. Integritas Model Adaptasi Sister Calista Roy	
Proses Keperawatan .....	18
1. Gambaran Model Adaptasi Roy .....	18
2. Proses Keperawatan menurut Model Calista Roy .....	21
<b>BAB III APLIKASI MODEL SISTER CALISTA ROY</b> .....	<b>23</b>
A. Gambaran Kasus .....	23
B. Aplikasi Model Adaptasi Roy pada kasus terpilih .....	34
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b> .....	<b>45</b>
A. Pengkajian .....	46
B. Diagnosa Keperawatan .....	48
C. Intevensi Keperawatan .....	49
D. Implementasi .....	50
E. Evaluasi Keperawatan .....	51
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b> .....	<b>53</b>
A. Simpulan .....	53
B. Saran .....	54
Daftar Pustaka .....	56
Lampiran .....	

## BAB

### I

#### A. Kuesioner Tingkat Kecemasan– HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)

Berilah tanda Check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden. Jawaban boleh lebih dari 1 (satu). Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (*score*):

Kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan

14-20 = Kecemasan ringan

21-27 = Kecemasan sedang

28-41 = Kecemasan berat

42-56 = Panik

No	Gejala Kecemasan	Nilai Angka ( <i>score</i> )				
1	Perasaan cemas <input type="checkbox"/> Firasat buruk <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri <input type="checkbox"/> Cemas	0	1	2	3	4
2	Ketegangan <input type="checkbox"/> Merasa tegang <input type="checkbox"/> Lesu <input type="checkbox"/> Mudah terkejut <input type="checkbox"/> Tidak dapat istirahat dengan tenang <input type="checkbox"/> Mudah menangis <input type="checkbox"/> Gemetar <input type="checkbox"/> Gelisah	0	1	2	3	4
3	Ketakutan <input type="checkbox"/> Pada gelap <input type="checkbox"/> Ditinggal sendiri <input type="checkbox"/> Pada orang asing <input type="checkbox"/> Pada kerumunan banyak orang <input type="checkbox"/> Pada keramaian lalu lintas <input type="checkbox"/> Pada binatang besar	0	1	2	3	4

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan reproduksi wanita memberikan pengaruh yang besar dan berperan penting terhadap kelanjutan generasi penerus bagi suatu negara serta merupakan parameter kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (Manuaba, 2010).

Salah satu penyakit sistem reproduksi yang sering ditemui adalah kista ovarium. Kista ovarium merupakan salah satu tumor jinak ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita dimasa reproduksinya (Depkes RI 2011). Ovarium merupakan sumber hormonal wanita yang paling utama, sehingga mempunyai dampak kewanitaan dalam proses mengatur menstruasi. Kista ovarium adalah tumor ovarium yang bersifat neoplastik dan non neoplastik (Wiknjosastro, 2005).

Kista ovarium memiliki dua katagori utama yaitu kista fungsional yang muncul sebagai siklus menstruasi. Kista yang paling umum ini biasa terjadi dapat hilang sendiri dan tidak berbahaya. Berlawanan dengan kista fungsional terdapat kista yang mengandung sel abnormal. Sebagian kecil kasus mempunyai sel abnormal yang bersifat kanker. Suatu tumor jinak dapat mengenai indung telur, berupa kantong yang berisi cairan berwarna coklat yang biasa disebut dengan kista indung telur.

Kista indung telur biasanya tidak bersifat kanker, bila kista tersebut masih kecil biasanya tidak menimbulkan gejala apa-apa. Kista yang besar dan berjumlah banyak dapat menyebabkan perut wanita menjadi buncit atau membesar. Selain itu juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada panggul, sakit pinggang dan rasa sakit saat berhubungan seksual. Selain itu gejala yang sering muncul adalah perdarahan diluar siklus menstruasi. Secara umum kista indung telur di sebabkan oleh gangguan pembentukan hormone pada hipotalamus, hipofise dan indung telur itu sendiri. Kista indung telur dapat terbentuk kapan saja, antara di masa pubertas sampai menopause, bahkan selama kehamilan.

Menurut WHO tahun 2014 tentang kista ovarium. Angka kejadian kista ovarium secara umum sekitar 56.750 pertahun dan sebanyak 70% per 100.000 populasi dari seluruh angka di negara maju. Di Amerika Serikat pada tahun 2015 diperkirakan jumlah penderita kista ovarium sebanyak 123.400 orang dan yang diperkirakan meninggal sebanyak 93.900 orang.

Angka kematian ini disebabkan karena penyakit ini awalnya bersifat asimtomatik dan baru menimbulkan keluhan apabila sudah menjadi metastasis, hingga 60%-70% pasien datang pada stadium lanjut, hingga penyakit ini disebut sebagai kanker ovarium yang kebanyakan berawal dari kista ovarium yang diderita sebelumnya kemudian berkembang menjadi kanker ovarium

Di Indonesia sekitar 25%-50% kematian usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan masalah kehamilan dan persalinan serta penyakit sistem reproduksi misalnya kista ovarium (Depkes RI, 2010). Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia angka kejadian kista ovarium di Indonesia mencapai 37,2%, dan paling sering terjadi pada wanita berusia 20-50 tahun dan jarang pada pubertas (Wiknjastro, 2005). Berdasarkan data yang diperoleh dari ruang Mawar RSUD A. Wahab Sjahranie dari bulan Januari 2017 sampai Oktober 2017 sebanyak 34 kasus yang menjalani pembedahan.

Tindakan pembedahan merupakan salah satu bentuk upaya terapi yang dapat mendatangkan ancaman integritas tubuh dan jiwa seseorang. Pembedahan yang direncanakan dapat menimbulkan respon fisiologis maupun psikologis pada pasien. Respon psikologis yang biasanya terjadi pada pasien pre operasi adalah kecemasan. Pada dasarnya kecemasan merupakan hal yang wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya ( Sutardjo Wiramiharja, 2005)

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003).

Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif, yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Depkes, 2008). Kecemasan adalah sinyal yang menyadarkan seseorang untuk memperingatkan

adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil keputusan tindakan guna mengatasi ancaman (Ibrahim A.S, 2012)

Penyebab kecemasan adalah lingkungan, emosi yang ditekan serta sebab-sebab fisik seperti pikiran dan tubuh. Gejala-gejala kecemasan yang muncul misalnya yang bersifat fisik adalah: jari tangan dingin, detak jantung makin cepat, tidur tidak nyenyak, berkeringat dingin, kepala pusing, nafsu makan berkurang, dada sesak sedangkan gejala yang bersifat mental adalah: ketakutan merasa akan ditimpa bahaya, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenteram, ingin lari dari kenyataan (Siti Sundari, 2004)

Kecemasan yang dirasakan oleh pasien sebelum pembedahan biasanya ditandai dengan perubahan fisik dan psikologi seperti meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, telapak tangan yang lembam, gelisah, menanyakan pertanyaan berulang kali dan bahkan sulit tidur (Suliswati, 2005). Kecemasan ini akan berakibat buruk apabila tidak segera diatasi dapat meningkatkan tekanan darah dan pernafasan yang dapat menyebabkan relaksasi dan kecemasan menurun (Simon 2003; Reliani 2015).

Kecemasan pasien pra operasi dapat di kurangi atau dihilangkan dengan salah satu caranya yaitu terapi relaksasi. Penggunaan tehnik untuk mendorong dan memperoleh relaksasi demi tujuan tanda dan gejala yang tidak diinginkan pada kecemasan.

Beberapa jenis relaksasi diantaranya adalah relaksasi imajinasi terbimbing dan relaksasi nafas dalam. Imajinasi terbimbing merupakan tehnik relaksasi yang dapat memberikan kontrol pada pasien sehingga dapat, memberikan kenyamanan fisik dan mental. (Potter and Perry, 2006). Dimana tujuan tehnik imajinasi terbimbing menurut Johnson JY, 2005 adalah akan memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot. Pasien yang melakukan guided imagery ini diharuskan berkonsentrasi terhadap imajinasi yang di sukai dengan dipimpin oleh perawat.

Tehnik imajinasi terbimbing juga mempunyai manfaat antara lain: menurunkan tekanan nadi, tekanan darah dan pernafasan, menurunkan

tegangan otot, mengurangi perhatian terhadap stimulus lingkungan, meningkatkan perasaan damai sejahtera serta menjadikan periode kewaspadaan yang santai, terjaga dan dalam (Potter and Perry, 2006). Teknik imajinasi terbimbing dapat juga mengurangi kecemasan yang dialami seseorang.

Teknik imajinasi terbimbing diketahui efektif mengurangi tingkat cemas pada pasien misalnya pada pasien pre operasi (Dino A *et all*, 2014), menurunkan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi Sectio Caesaria (Lasiyati. Y *et all*, 2015), efektif menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi (Novana. A, 2016), teknik relaksasi nafas dalam juga dapat mengurangi kecemasan pada pasien dalam proses persalinan kala I dan II ( Henik. I, 2016).

Salah satu teori keperawatan yang mendukung praktik keperawatan adalah model adaptasi Sister Calista Roy. Teori ini menuntun perawat mengaplikasikan proses keperawatan. Teori ini telah diterapkan misalnya oleh Yuanita *et all*, 2015) yang mengaplikasikan model adaptasi Roy pada pasien yang mengalami penyakit kista ovarium dianggap tepat. selain itu menurut R. Khariyatul afiyah (2017) model adaptasi Roy dapat digunakan pada pasien kanker.

Teori adaptasi Roy menitikberatkan pendekatan pada tiga hal meliputi stimulus fokal yaitu stimulus atau rangsangan yang berasal dari dalam individu dan harus di hadapi secara langsung pada saat itu juga. Stimulus kontekstual semua stimulus yang berpengaruh terhadap stimulus fokal berasal dari lingkungan sekitar, sedangkan stimulus residual merupakan faktor yang berasal dari lingkungan sekitar yang dapat berpengaruh secara tidak langsung pada individu (Tomey & Alligood, 2010).

Konsep Model Adaptasi Roy meliputi keperawatan, manusia, sehat dan lingkungan yang semuanya itu merupakan hubungan dan merupakan suatu sistem yang saling berkesinambungan. Sistem tersebut terdiri dari input, proses kontrol, output dan umpan balik. Input merupakan suatu stimulus dari lingkungan baik internal maupun eksternal pada individu. Proses kontrol meliputi mekanisme koping secara regulator maupun kognator output merupakan perilaku adaptif dan respon inefektif. Umpan balik adalah informasi mengenai respon perilaku yang ditunjukkan

sebagai input. Keempat sistem tersebut saling berhubungan (Tomey & Alligood, 2010).

Menurut Roy, ada model adaptasi yang berhubungan dengan respon sistem manusia untuk melakukan stimulus dari lingkungan. Sistem adaptasi tersebut dipelajari pada kedua tahapan individu dan kelompok. Perilaku dari individu dan kelompok merupakan hasil dari aktivitas coping yang dapat dilihat dari empat kategori dan merupakan kerangka perawat dalam melakukan pengkajian dan perencanaan asuhan keperawatan.

Empat mode adaptasi menurut Roy tersebut adalah mode adaptasi fisiologis, mode adaptasi konsep diri, mode fungsi peran, dan mode adaptasi interdependensi. Mode adaptasi fisiologis ini dihubungkan dengan proses fisik dan kimiawi yang termasuk didalamnya fungsi dan aktivitas organisme kehidupan (Tomey & Alligood, 2010). Ada lima kebutuhan yang diidentifikasi dalam hubungannya dengan kebutuhan dasar dari mode fisiologis yaitu oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, dan proteksi. Selain itu ada empat proses kompleks yang berkontribusi dalam mode fisiologis yaitu sensasi, cairan dan elektrolit, fungsi neurologi, dan endokrin.

Mode adaptasi konsep diri didefinisikan sebagai kepercayaan dan keyakinan yang dibentuk dalam dirinya, konsep diri merupakan bentuk dari reaksi persepsi internal dan persepsi lainnya. Mode fungsi peran adalah satu dari mode sosial dan fokus terhadap peran seseorang dalam masyarakat. peran diproyeksikan sebagai peran primer, sekunder dan tersier. Mode adaptasi interdependensi berfokus pada hubungan seseorang dengan orang lain, hubungan interdependen didalamnya mempunyai keinginan dan kemampuan memberi ke orang lain dan menerima semua aspek seperti cinta, menghormati, nilai, rasa memiliki, waktu dan bakat (Tomey & Alligood, 2010).

Tujuan model Adaptasi Roy adalah meningkatkan perilaku adaptif dan merubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Adaptasi akan meningkatkan integritas untuk meningkatkan kesehatan seseorang, kualitas hidup dan meninggal dunia dalam keadaan damai. Roy juga menekankan bahwa keperawatan dibutuhkan untuk mengurangi respon

yang tidak efektif dan meningkatkan respon adaptif sehingga hasil akhirnya adalah tingkah laku yang sehat (Tomey & Alligood, 2010).

Cemas merupakan kondisi yang biasa dihadapi oleh pasien yang akan menjalani proses pembedahan seperti pembedahan pada kista ovarium. Stres psikologis ini merupakan salah satu gangguan pada mode adaptasi konsep diri. Pada pasien pre operasi yang mengalami kecemasan tidak dapat dihilangkan sama sekali tetapi bisa dikurangi dengan diberikan terapi nonfarmakologi. Karena kecemasan yang dialami oleh pasien preoperasi akan berkurang dan menghilang secara bertahap. Oleh karena itu dibutuhkan tindakan keperawatan untuk membantu mengurangi kecemasan yang di hadapinya untuk mencapai adaptasi yang adaptif.

Intervensi keperawatan didefinisikan oleh Roy adalah suatu pendekatan perawat dalam meningkatkan adaptasi dengan merubah stimulus atau menguatkan proses adaptasi. Intervensi keperawatan dapat difokuskan kepada proses koping dan stimulus. Intervensi keperawatan dapat mendorong aktivitas kognator dan regulator (Tomey & Alligood, 2010).

Berdasarkan pemahaman ini maka penulis mencoba untuk meningkatkan kompetensi keperawatan melalui penerapan Model Adaptasi Roy dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan kista ovarium yang akan menjalani proses pembedahan di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan dan aplikasi terapi relaksasi imajinasi terbimbing pada pasien pre operasi kista ovarium dengan masalah kecemasan menggunakan pendekatan model adaptasi Calista Roy di ruang Mawar RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada klien pre operasi kista ovarium dengan masalah kecemasan.

- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada klien pre operasi kista ovarium dengan masalah kecemasan.
- c. Mengidentifikasi intervensi pada klien pre operasi kista ovarium dengan masalah kecemasan.
- d. Mengidentifikasi evaluasi pada klien pre operasi kista ovarium dengan masalah kecemasan.
- e. Mengidentifikasi efektivitas teknik relaksasi imajinasi terbimbing penurunan tingkat kecemasan.

### C. Manfaat

Adapun manfaat penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yaitu

#### 1. Teoritis

##### a. Bagi Penulis

Penulisan karya ilmiah ini dapat menjadi dasar dalam praktik keperawatan maternitas dan sebagai proses pembelajaran dalam melakukan asuhan keperawatan tindakan mandiri terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi kista ovarium yang diberikan terapi tehnik relaksasi imajinasi terbimbing di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

##### b. Ilmu Pengetahuan

Penulisan ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan menjadi suatu acuan serta gambaran bagi penulis dengan menerapkan Teori Keperawatan Model Adaptasi Calista Roy.

#### 2. Praktis

##### a. Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, tidak hanya berfokus pada manajemen farmakologi saja, tetapi menekankan fungsi perawat mandiri sebagai pemberi asuhan keperawatan yang bersifat palliative care, dan sebagai tindakan terapi komplementer yang nonfarmakologi. Analisis praktik klinik ini juga bermanfaat untuk

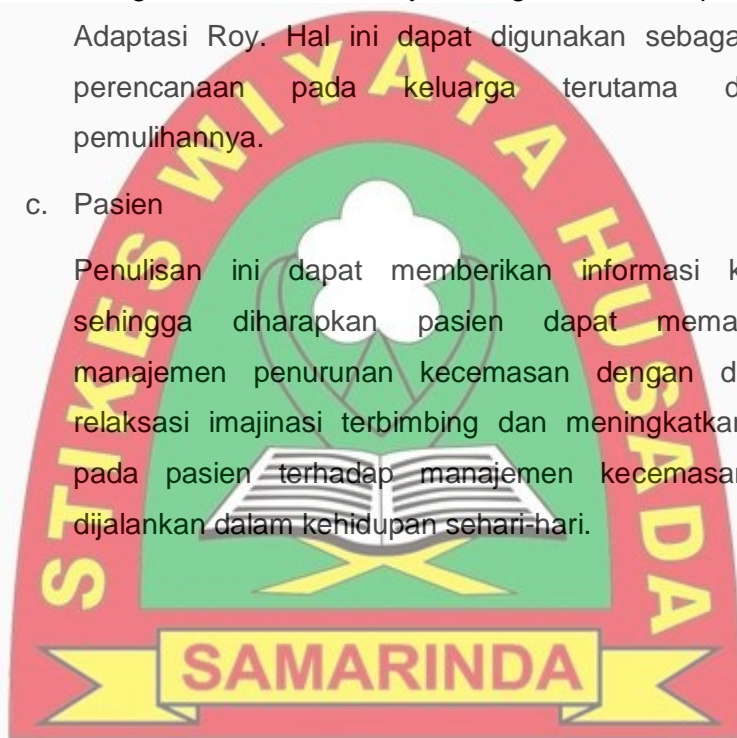
menambah ilmu pengetahuan tentang terapi komplementer yang merupakan tindakan mandiri non farmakologi yang di lakukan perawat secara mandiri khususnya pada kasus penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi dengan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing.

b. Institusi Pendidikan

Karya ilmiah Ners ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas praktik keperawatan maternitas untuk kedepannya. Terutama pada kemampuan klien pre operasi kista ovarium dalam mengontrol kecemasannya dengan Teori keperawatan Model Adaptasi Roy. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan pada keluarga terutama dalam proses pemulihannya.

c. Pasien

Penulisan ini dapat memberikan informasi kepada pasien sehingga diharapkan pasien dapat memahami tentang manajemen penurunan kecemasan dengan diberikan terapi relaksasi imajinasi terbimbing dan meningkatkan pengetahuan pada pasien terhadap manajemen kecemasan yang dapat dijalankan dalam kehidupan sehari-hari.



## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

## A. Konsep Kista Ovarium

### 1. Pengertian

Ovarium merupakan sumber hormonal wanita yang paling utama, sehingga mempunyai dampak kewanitaan dalam proses mengatur menstruasi. Kista ovarium adalah tumor ovarium yang bersifat neoplastik dan non neoplastik (Wiknjosastro, 2005). Menurut Depkes RI (2011) kista ovarium merupakan salah satu tumor jinak ginekologi yang paling sering dijumpai pada wanita dimasa reproduksinya. Ovariectomi adalah tindakan operatif untuk dilakukan pengangkatan ovarium (Wiknjosastro, 2005).

### 2. Etiologi

Menurut Yatim (2008) ada beberapa penyebab kista ovarium antara lain perempuan usia dewasa sampai usia menopause yang timbul karena gangguan perkembangan folikel ovarium sehingga tidak timbul ovulasi. Kista ovarium disebabkan oleh gangguan pembentukan hormon pada hipotalamus, hipofisis dan ovarium

### 3. Tanda dan gejala Kista Ovarium

Menurut Yatim Faisal (2008) gejala-gejala akibat kista ovarium secara umum antara lain: rasa nyeri yang menetap dirongga panggul disertai rasa agak gatal, rasa nyeri sewaktu bersetubuh atau nyeri rongga panggul kalau tubuh bergera, perut membesar, rasa nyeri timbul begitu siklus haid selesai, perdarahan menstruasi tidak seperti biasa. Mungkin perdarahan lebih lama, mungkin lebih pendek atau tidak keluar darah menstruasi pada siklus biasa atau siklus menstruasi tidak teratur Menurut Winkjosastro, (2005)

Gejala akibat pertumbuhan dapat menimbulkan: rasa berat di abdomen bagian bawah, mengganggu miksi atau defikasi dan tekanan kista ovarium dapat menimbulkan obstipasi atau edema pada tungkai bawah. Gejala akibat hormonal ovarium merupakan sumber utama hormon wanita bila menjadi tumor dapat mengganggu menstruasi, tumor sel granulosa dapat menimbulkan amenorhe. Gejala akibat komplikasi: perdarahan kedalam kista terjadi sedikit-sedikit sehingga berangsur-angsur menyebabkan pembengkakan tungkai, putaran tungkai adanya putaran tungkai menyebabkan tarikan pada ligamentum ifundibulepelvikum

terhadap peritonium dan ini menimbulkan rasa sakit karena vena lebih mudah tertekan dan terjadi pembendungan darah dan dapat terjadi robekan serta Infeksi pada kista cenderung terjadi peradangan di susul penganahan.

4. Klasifikasi Kista Ovarium menurut Nograho , (2010) adalah :

Tipe kista normal: kista fungsional merupakan kista yang paling banyak ditemukan. Kista ini berasal dari sel telur dan korpus luteum. Terjadi bersamaan dengan siklus menstruasi yang normal. Kista ini akan tumbuh setiap bulan dan akan pecah setiap masa subur, untuk melepaskan sel telur yang pada akhirnya dibuahi oleh sperma. Setelah pecah kista ini akan hilang. Kista ini terdiri dari: kista folikuler dan kista corpus luteum

Tipe Kista Abnormal: kistadenoma merupakan kista yang berasal dari bagian luar sel indung telur. Biasanya jinak namun dapat membesar dan menimbulkan nyeri, kista coklat (endometrioma) merupakan endometrium yang tidak pada tempatnya. Disebut kista coklat karena berisi timbunan darah yang berwarna coklat, kista demoroid merupakan kista yang berisi berbagai jenis bagian tubuh seperti kulit, kuku, rambut, gigi dan lemak. Biasanya tidak menimbulkan gejala, kista endometriosis merupakan kista yang terjadi karena ada bagian endometrium yang berada diluar rahim. Kista ini berkembang bersamaan dengan tumbuhnya lapisan endometrium setiap bulan sehingga menimbulkan nyeri hebat terutama saat menstruasi, kista lutein merupakan kista yang terjadi saat kehamilan, kista hemorage merupakan kista fungsional yang disertai perdarahan sehingga menimbulkan nyeri di dalam sisi perut bagian bawah dan kista polikistik ovarium karena kista tidak dapat pecah dan melepaskan sel telur secara kontinyu.

5. Penanganan

Penatalaksanaan secara umum menurut Yatim (2008): Apabila kistanya kecil sebesar permen dan pada pemeriksaan sonogram tidak terlihat tanda-tanda keganasan biasanya dilakukan laparaskopi, apabila kistanya agak besar biasanya dilakukan laparatomi serta untuk polikistik ovarium biasanya dengan pengobatan oral yaitu dengan pil KB gabungan estrogen-progesteron untuk mengurangi ukuran besar kista.

Menurut Winkjosastro (2005): Kista yang besarnya tidak melebihi jeruk nipis dengan diameternya kurang dari 5 cm disebut kista folikel atau korpus luteum. Penanganannya adalah dengan pengangkatan tumor dengan mengadakan reseksi pada bagian ovarium, jika kista berukuran besar atau ada komplikasi perlu dilakukan pengangkatan ovarium biasanya disertai dengan pengangkatan tuba (salpingooforektomi) dan jika terdapat keganasan dilakukan histrektomi dan salpingo ooforektomi bilateral.

## B. Konsep Kecemasan

### 1. Pengertian

Pada dasarnya kecemasan merupakan hal yang wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardjo Wiramiharja, 2005). Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003). Kecemasan merupakan suatu perasaan subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman.

Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010). Kecemasan adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan ketakutan yang besar dalam mengerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Kedua-duanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahan terhadap kecemasan tersebut (Singgih D. Gunarsa, 2008)

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

## 2. Etiologi

Kecemasan seringkali berkembang selama jangkawaktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalamam hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat timbulnya serangan kecemasan. Menurut Savitri Ramaiah (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan diantaranya yaitu: Lingkungan; lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya, emosi dan ditekan kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama, sebab-sebab fisik pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari penyakit. Selama di timpa kondisi-kondisi ini perubahan-perubahan perasan lazim muncul, dan ini dapat menimbulkan kecemasan. Zakiah Daradjat (Kholil Lur Rochman, 2010:167) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu: rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran, cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum dan kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang

terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya.

### 3. Tanda Dan Gejala

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis; gejala somatik yang muncul antara lain keringat berlebih, ketegangan pada otot skelet: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung, sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parestesi, gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi, iritabilitas kardiovaskuler: hipertensi, takikardi serta disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual. Sedangkan gejala psikologis yang muncul antara lain: gangguan mood: sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih, kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang, kelelahan, mudah capek, kehilangan motivasi dan minat, perasaan-perasaan yang tidak nyata, sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja, berpikiran kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa, kikuk, canggung, koordinasi buruk, tidak bisa membuat keputusan: tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil. Gelisah, resah, tidak bisa diam, kehilangan kepercayaan diri, kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang, keraguan dan ketakutan yang mengganggu serta terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan (Conley, 2006).

### 4. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2006), ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Kecemasan ringan dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari, individu masih waspada serta lapang presepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan. Kecemasan Sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang presepsi individu. Dengan demikian, in dividu mengalami tidak perhatian

yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Kecemasan berat lapangan persepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Panik berhubungan dengan ketakutan, dan terror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

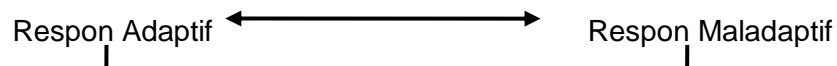
Menurut Hawari (2004), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A), yang terdiri dari 14 kelompok gejala, antara lain adalah sebagai berikut: Perasaan cemas: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung. Ketegangan: merasa tegang, lesu, tidak dapat beristirahat dengan tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar dan gelisah. Ketakutan: pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas dan pada kerumunan orang banyak. Gangguan tidur: sukar untuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi, mimpi buruk dan mimpi yang menakutkan. Gangguan kecerdasan: sukar berkonsentrasi, daya ingat menurun dan daya ingat buruk. Perasaan depresri (murung): hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, terbangun pada saat dini hari dan perasaan berubah-ubah sepanjang hari. Gejala somatik/fisik (otot): sakit dan nyeri di otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak dan suara tidak stabil. Gejala somatik/fisik (sensorik): tinnitus (telinga berdenging), penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas dan perasaan ditusuk-tusuk. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah): takikardi (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri

di dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan dan detak jantung menghilang/berhenti sekejap. Gejala respiratori (pernafasan): rasa tertekan atau sempit di dada, rasa tercekik, sering menarik nafas pendek/sesak. Gejala gastrointestinal (pencernaan): sulit menelan, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh atau kembung, mual, muntah, BAB konsistensinya lembek, sukar BAB (konstipasi) dan kehilangan berat badan. Gejala urogenital (perekmihan dan kelamin) : sering buang air kecil, tidak dapat menahan BAK, tidak datang bulan (tidak dapat haid), darah haid berlebihan, darah haid sangat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin, ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang dan impotensi. Gejala autoimun: mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala pusing, kepala terasa berat, kepala terasa sakit dan bulu-bulu berdiri. Tingkah laku/sikap: gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kening/dahi berkerut, wajah tegang/mengeras, nafas pendek dan cepat serta wajah merah.

Masing masing nilai angka (score) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu; Total nilai (score): kurang dari 1-4 = tidak ada kecemasan, 14-20 kecemasan ringan, 21-27 = kecemasan sedang, 28-41 = kecemasan berat, 42-56 = kecemasan berat sekali (Hawari, 2001)

#### 5. Rentang Respon Kecemasan

Menurut Stuart (2001), rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptive. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul. Sedangkan rentang yang paling maladaptive adalah panik dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik, perilaku maupun kognitif.



Antisipasi Ringan Sedang Berat Berat Sekali

Gambar 1. Skema Rentang Respon Kecemasan

## 6. Penanganan

Pengobatan yang paling efektif untuk pasien dengan gangguan kecemasan umum adalah kemungkinan pengobatan yang mengkombinasikan psikoterapi, farmakoterapi dan pendekatan suportif (Kaplan and Sadock, 1998). Psikoterapi merupakan teknik utama yang digunakan adalah pendekatan perilaku misalnya relaksasi dan bio feed back (proses penyediaan suatu informasi pada keadaan satu atau beberapa variabel fisiologi seperti denyut nadi, tekanan darah dan temperatur kulit), Farmakoterapi dua obat utama yang dipertimbangkan dalam pengobatan kecemasan umum adalah buspirone dan benzodiazepin. Obat lain yang mungkin berguna adalah obat trisiklik sebagai contohnya imipramine (tofranil) –antihistamin dan antagonis adrenergik beta sebagai contohnya propranolol (inderal). Serta pendekatan suportif dukungan emosi dari keluarga dan orang terdekat akan memberi kita cinta dan perasaan berbagai beban. Kemampuan berbicara kepada seseorang dan mengekspresikan perasaan secara terbuka dapat membantu dalam menguasai keadaan (Smeltzer and Bare, 2002).

### C. Konsep Imajinasi Terbimbing (*Guided Imagery*)

#### 1. Pengertian

Metode non farmakologi yang terbukti efektif dalam meringankan nyeri adalah imajinasi terpimpin. Menurut Potter PG and Perry AG (2006) imajinasi terpimpin merupakan teknik relaksasi yang dapat memberikan kontrol pada pasien sehingga memberikan kenyamanan fisik dan mental.

#### 2. Tujuan

*Guided imagery* memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang. Pasien yang melakukan *Guided imagery* ini diharuskan berkonsentrasi terhadap imajinasi yang disukai dengan dipimpin oleh perawat. *Guided imagery* ini diharapkan akan meningkatkan relaksasi pada pasien (Johnson JY, 2005)

#### 3. Manfaat

Perry and Potter (2006), mengemukakan bahwa Imajinasi terbimbing memiliki efek relaksasi yang bermanfaat terhadap kesehatan seseorang:

1. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
2. Menurunkan ketegangan otot
3. Meningkatkan kesadaran global
4. Mengurangi perhatian terhadap stimulasi lingkungan
5. Membuat tidak adanya perubahan posisi yang volunter
6. Meningkatkan perasaan damai dan sejahtera
7. Menjadikan periode kewaspadaan yang santai, terjaga dan dalam

#### 4. Prosedur Tindakan

Terapi *Guided imagery* dalam aplikasinya terhadap pasien memiliki prosedur yang berbeda-beda. Tetapi pada intinya terapi ini diberikan kepada pasien untuk meningkatkan relaksasi. Keadaan rileks ini akan mengurangi keadaan patologis fisik maupun mental pada pasien. Pemberian *guided imagery* kepada pasien harus didukung oleh: (1) keadaan intern yaitu pasien harus kooperatif dengan perawat, tidak mengalami gangguan pendengaran, dan mudah berkonsentrasi; (2) keadaan ekstern yakni lingkungan yang tenang, nyaman yang dapat meningkatkan konsentrasi pada saat terapi berlangsung. Menurut Johnson JY (2005) terapi imajinasi terpimpin memiliki prosedur sebagai berikut:

1. Kaji suatu imajinasi keadaan yang membuat pasien senang dan rileks seperti suasana keindahan gunung, deburan ombak, pesona air terjun, dan kebersamaan dengan keluarga tercinta. Pilihlah imajinasi yang menggunakan sedikitnya dua indera
2. Bimbing pasien untuk bernapas secara rileks
3. Bimbing pasien untuk melakukan relaksasi progresif
4. Mulai bimbing pasien untuk memasuki imajinasi yang telah disepakati di awal dan secara perlahan mendeskripsikan mengalami imajinasi tersebut
5. Selesaikan terapi imajinasi ini dengan menghitung 1 sampai 3 dan bimbing pasien untuk mengatakan "Saya rileks"

#### 5. fisiologi

*Guided imagery* akan memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang. Pasien dalam keadaan rileks secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin. Hormon ini merupakan analgesik alami tubuh yang terdapat pada otak, spinal, dan traktus gastrointestinal (Tamsuri A, 20106)

#### **D. Integritas Model Adaptasi Sister Calista Roy Proses Keperawatan**

##### **1. Gambaran Model Adaptasi Roy**

Pemberian asuhan keperawatan pada anak dengan masalah nyeri pada anak dengan kanker dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan model adaptasi Roy. Model Adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1964-1966 dan baru diaplikasikan tahun 1968. Berdasarkan filosofinya, Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan coping atau mekanisme pertahanan diri adalah berespon mengadakan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat dan sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya (Tomey & Alligood, 2010).

Model adaptasi Roy ini berdasarkan asumsi yang ada bahwa ada empat faktor yang akan menjelaskan adaptasi antara lain adalah manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Menurut Roy manusia adalah holistik dan merupakan sistem adaptasi, sistem manusia menggambarkan bahwa keseluruhan bagian atau fungsinya merupakan satu kesatuan untuk mencapai suatu tujuan (Tomey & Alligood, 2010).

Manusia sebagai suatu sistem mempunyai proses internal yang berperan untuk mempertahankan kesatuan individu. Proses internal ini dikategorikan sebagai subsistem regulator dan kognator. Subsistem regulator melibatkan proses fisiologi seperti respon kimia, sistem saraf dan endokrin yang memungkinkan tubuh untuk mengatasi perubahan lingkungan.

Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi, keadaan yang dapat mempengaruhi sekitarnya dan berpengaruh terhadap

perkembangan dan perilaku individu atau kelompok. Interaksi lingkungan adalah input untuk individu atau kelompok yang disebut sebagai sistem adaptasi. Input tersebut meliputi internal atau eksternal yang dikategorikan sebagai stimulus fokal, kontekstual dan residual.

Stimulus fokal merupakan internal atau eksternal yang paling langsung dalam menyadarkan individu atau kelompok. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus yang ada pada suatu situasi atau berkontribusi mempengaruhi atau memicu stimulus fokal. Stimulus residual diartikan sebagai suatu faktor lingkungan yang ada di dalam atau di luar sistem manusia yang mempengaruhi situasi yang belum jelas saat ini meliputi kepercayaan sikap, sifat individu yang berkembang sesuai pengalaman yang lain.

Tahapan adaptasi, dimana dapat menjelaskan kapasitas coping individu. Perubahan tahapan tersebut merupakan perubahan internal yang mempengaruhi perilaku adaptif. Tahapan adaptasi tersebut dijelaskan oleh Roy ada tiga tahap. Tahapan adaptasi tersebut adalah integred, compensatory, dan compromised.

Roy menyatakan bahwa kesehatan sebagai proses dimana sehat dan sakit merupakan hal berdampingan. Sehat sakit merupakan suatu dimensi yang tak dapat dihindarkan dan berdampingan dari total pengalaman hidup seseorang. Adaptasi merupakan proses dan hasil dimana dengan berfikir dan merasakan seperti individu dan kelompok, menggunakan kesadaran dengan memilih untuk membuat kesatuan individu dan lingkungan. Respon adaptif dalam kesehatan merupakan respon yang meningkatkan integritas dalam masa antara tujuan dan sistem individu.

Model Adaptasi Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Konsepnya meliputi keperawatan, manusia, sehat dan lingkungan yang kesemuanya itu merupakan hubungan dan merupakan suatu sistem yang saling berkesinambungan. Sistem tersebut terdiri dari input, proses kontrol, output dan umpan balik. Input adalah suatu stimulus dari lingkungan baik internal maupun eksternal dari individu. Proses kontrol meliputi mekanisme coping secara regulator dan kognator. Output merupakan respon perilaku adaptif dan respon inefektif. Umpan balik

adalah informasi mengenai respon perilaku yang di tunjukkan sebagai input.

Ada empat mode adaptasi yang ada hubungannya dengan respon sistem manusia untuk melakukan stimulus darilingkungan. Yaitu: Mode Adaptasi Fisiologis, Mode Adaptasi Konsep Diri, Mode Adaptasi Fungsi Peran, dan Mode Adaptasi Interdependensi.

Mode Adaptasi Fisiologis dihubungkan dengan proses fisik dan kimiawi yang termasuk didalamnya fungsi dan aktivitas organisme kehidupan (Tomey & Alligood, 2010). Ada 5 kebutuhan yang diidentifikasi dalam hubungannya dengan kebutuhan dasar dari mode fisiologi, yaitu: oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, dan proteksi. Selain itu ada empat proses kompleks yang berkontribusi dalam mode fisiologis didalamnya yaitu sensasi, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, dan endokrin.

Mode Adaptasi Konsep Diri, fokus spesifiknya pada psikologi dan spiritual pada sistem manusia. Konsep diri didefinisikan sebagai kepercayaan dan keyakinan yang dibentuk dalam dirinya. Konsep diri merupakan bentuk dari reaksi persepsi internal dan persepsi lainnya. Mode konsep diri terdiri dari physical Self didalam Body Sensation dan Body Image, dan Personal Self didalamnya terdapat Self Consistency, Self Ideal dan moral-ethicspiritual. Body Sensation yaitu bagaimana seseorang merasakan keadaan fisik dirinya sendiri. Body Image yaitu bagaimana seseorang memandang fisiknya sendiri. Self Consistency yaitu bagaimana upaya seseorang untuk memelihara dirinya sendiri dan menghindari dari ketidakseimbangan. Self Ideal hubungannya dengan apa yang seharusnya dilakukan dan moral ethic spiritual yaitu keyakinan seseorang dan evaluasi diri(Tomey & Alligood, 2010)

Mode Adaptasi Fungsi Peran merupakan satu dari dua mode sosial dan fokus terhadap peran seseorang dalam masyarakat. Teori peran menjelaskan perilaku yang bertindak sebagai harapan seseorang dalam menerima posisi. Fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal polapola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Peran diproyeksikan sebagai peran primer, sekunder dan tersier. Peran primer

yaitu peran seseorang yang ditentukan oleh jenis kelamin, usia dan tahapan tumbuh kembang. Peran sekunder yaitu peran yang seharusnya harus diselesaikan oleh tugas peran primer. Peran tersier merupakan cara dividu menemukan harapan dari peran mereka (Tomey & Alligood, 2010).

Mode Adaptasi Interdependensi berfokus pada hubungan seseorang dengan orang lain. Hubungan interdependen didalamnya mempunyai keinginan dan kemampuan memberi kelainnya dan menerima kesemua aspek seperti cinta, menghormati, nilai, rasamemiliki, waktu dan bakat (Tomey & Alligood, 2010).

## 2. Proses Keperawatan Menurut Model Calista Roy

Proses keperawatan yang dijelaskan dalam Model Adaptasi Roy ada enam tahapan yaitu pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosis keperawatan, penetapan tujuan (goal setting), intervensi keperawatan dan evaluasi.

### a) Pengkajian Perilaku

Pengkajian tahap pertama ini mengkaji data tentang perilaku dari manusia sebagai sistem adaptasi. Pengkajian perilaku untuk mendapatkan respon dari empat modeadaptasi yaitu mode adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdepedensi. Pengkajian perilaku ini dapat diambil dengan cara observasi dan non observasi.

### b) Pengkajian Stimulus

Pengkajian stimulus untuk mengkaji adanya perubahan yang ada didalam maupun diluar. Pada pengkajian stimulus ini apabila ditemukan data inefektif atau adaptif maka perawat harus mengumpulkan stimulus yang didalamnya ada stimulus fokal, konstektual dan residual.

### c) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian yang menghasilkan pernyataan yang menyatakan status adaptasi pada sistem adaptasi pada sistem adaptasi manusia. Pernyataantersebut berdasarkan tingkah laku yang dikaji pada tahapan pertama dengan stimulus yang mempengaruhi perilaku yang di kaji. Diagnosis keperawatan yang

digunakan melihat pada NANDA 2015 -2017 sesuai konsep adaptasi yang dinyatakan oleh Roy.

d) Penetapan Tujuan

Tujuan ditetapkan setelah perawat mengkaji perilaku dari individu atau kelompok dan stimulus yang mempengaruhi serta telah teridentifikasi diagnosis keperawatan. Penetapan tujuan didefinisikan sebagai pernyataan yang jelas tujuan perilaku dari asuhan keperawatan. Penetapan tujuan juga menjaga dan menetapkan perilaku adaptif dan merubah perilaku inefektif menjadi adaptif.

e) Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan oleh Roy adalah suatu pendekatan perawat dalam meningkatkan adaptasi dengan merubah stimulus atau menguatkan proses adaptasi. Intervensi keperawatan dapat difokuskan kepada proses koping dan stimulus. Intervensi keperawatan dapat juga mendorong aktivitas kognator dan regulator.

f) Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian terhadap intervensi keperawatan yang dihubungkan langsung perilaku individu dan kelompok. Perawat harus memiliki keterampilan saat menilai intervensi keperawatan seperti observasi, intuisi, pengukuran dan wawancara. Bila tujuan tercapai, artinya intervensi efektif. Bila tujuan tidak tercapai, kaji lebih lanjut, pertimbangkan kembali penetapan tujuan dan intervensi.

### BAB III

## APLIKASI MODEL SISTER CALLISTA ROY

### A. Gambaran Kasus

#### 1. Kasus 1

Ny. S.K, perempuan usia 44 tahun dengan diagnosis Kista Ovarium Bilateral. Masuk kerumah sakit dengan keluhan utama nyeri perut. Riwayat penyakit sekarang keluhan 4 bulan perut bagian bawah rasa panas dan nyeri. Pasien juga mengeluhkan nyeri perut kanan atas. Selama 4 bulan itu juga pasien mengeluh perdarahan flek-flek tidak pernah berhenti sehingga pasien memeriksakan diri ke rumah sakit. Saat memeriksakan diri ke rumah sakit sekitar 2 bulan yang lalu klien dikatakan menderita kista ovarium dan dianjurkan untuk operasi tetapi klien belum mau operasi karena belum siap. Klien sejak itu tidak pernah kontrol lagi. Rasa nyeri semakin bertambah dalam 1 minggu terakhir, sehingga klien memutuskan untuk kontrol kembali ke rumah sakit dan tetap dianjurkan untuk operasi sehingga klien memutuskan untuk operasi, kemudian di lakukan pemeriksaan untuk persiapan operasi, nyeri seperti diremas-remas bertambah nyeri bila banyak bergerak. Pasien mengeluh mual-mual, kadang muntah tapi liur saja tidak ada riwayat kencing manis. Pasien juga mengatakan takut dan cemas menghadapi operasi yang akan dihadapinya karena takut saat dibius tidak sadar. Skala cemas berdasarkan penilaian HARS 24 (kecemasan sedang).

Saat masuk rumah sakit hasil pemeriksaan fisiknya adalah kesadaran composmentis, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76 x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36,7° C, BB 74 Kg, TB 160 cm, kekuatan otot atas 5//5, edema tidak ada, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5 tidak ada odema, perdarahan pervaginam ada warna darah kehitaman tetapi tidak banyak, nyeri perut dalam skala 4, Pada palpasi abdomen tidak ditemukan adanya benjolan. Hasil pemeriksaan penunjang tanggal 21 November 2017 didapatkan hasil laboratorium normal. Terapi yang diberikan Cefotaxim 3x1 gr, ketorolac 3x1 ampul.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. S.K yaitu: pada pre operasi 1). Cemas, 2) Nyeri akut, 3) Mual , pada post operasi 1). Nyeri akut, 2) Gangguan mobilitas fisik, 3). Resiko infeksi.

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. S.K adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien mampu beradaptasi dengan kecemasan yang dihadapi, mampu beradaptasi dengan nyeri yang dialami, mual berkurang, tidak terjadinya infeksi akibat luka pembedahan, klien dapat bergerak bebas serta koping adaptif.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan teknik relaksasi imajinasi terbimbing menggunakan musik. Memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologi dengan teknik nafas dalam serta farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgetik, memonitor level ketidaknyamanan atau nyeri, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat, melatih klien teknik distraksi untuk mengurangi mual. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nosokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi tingkat cemas turun dari 24 menjadi 18 . Nyeri berkurang dari skala 5 menjadi skala 3. Pada hari kedua pre operasi cemas turun dari 14 menjadi 10 (tidak ada kecemasan), skala nyeri masih 5. Klien belum mampu melakukan mobilisasi karena baru menjalani operasi nyeri daerah luka operasi, terpasang kateter, mual tidak ada pasien dapat menghabiskan 1 porsi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi berkurang dengan skala nyeri 2, keadaan umum klien baik, klien sudah dapat

melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat, luka operasi klien bersih tidak ada tanda-tanda infeksi dan klien sudah dapat menerima dengan baik keadaan atau kondisi tubuhnya sekarang. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli satu minggu setelah di rumah.

## 2. Kasus 2

Ny. S, usia 43 tahun dengan diagnosis kista ovarium rencana histrektomi, Keluhan utama timbul benjolan di perut. Riwayat penyakit sekarang: Klien datang ke rumah sakit pada tanggal 13 November 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan gangguan haid yaitu sekitar 3 bulan terakhir mengeluh tidak haid. Perut membesar dan teraba adanya benjolan. Klien juga mengeluh mual-mual. Sebelum memeriksakan diri klien mengira kalau sedang hamil karena perut membesar tidak haid dan disertai dengan mual-mual serta nyeri pada daerah perut. Kemudian klien memeriksakan kesehatan di dokter Sp. OG dari hasil pemeriksaan USG di dokter SpOG tersebut didapatkan benjolan di rahim kemudian klien di anjurkan operasi. Klien mengatakan cemas menghadapi operasi. Skala kecemasan 26 (kecemasan sedang). Hasil pemeriksaan vital sign TD 120/70 mmHg, N 84 x/menit, suhu 36,5 °C, pernafasan 20 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, konjungtiva tidak anemis, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum: lemah, kesadaran CM, pada pemeriksaan fisik palpasi abdomen didapatkan adanya benjolan pada perut dan perut tampak membesar. Klien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami oleh klien. Pemeriksaan penunjang, pemeriksaan darah lengkap tanggal 14 November 2017 hasil normal saja. Klien mengatakan cemas menghadapi operasi. Skala kecemasan 25 (kecemasan sedang).

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. S yaitu: pada pre operasi 1). Cemas, 2) Nyeri akut, pada post operasi 1). Nyeri akut, 2). Resiko infeksi 3). Gangguan citra tubuh, 4). Gangguan mobilitas fisik 5). Defisit perawatan diri (mandi).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. S setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap cemas yang dialami, mampu beradaptasi dengan nyeri yang dialami, tidak terjadi infeksi, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri,.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing menggunakan musik. Memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik nonfarmakologi dengan tehnik nafas dalam serta farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgetik, memonitor level ketidaknyamanan atau nyeri, pertahanankan hidrasi yang cukup untuk viskositas darah, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, membantu klien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan bagian tubuh yang disebabkan pembedahan dengan cara yang tepat, menentukan persepsi klien dan keluarga terkait dengan perubahan citra diri dan realitas, membantu klien untuk mengidentifikasi bagian dari tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan tubuhnya, mengidentifikasi kelompok pendukung yang tersedia bagi klien.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi tingkat cemas turun dari 25 menjadi 17 (kecemasan ringan) . Nyeri berkurang dari skala 5 menjadi skala 3. Pada hari kedua pre operasi cemas turun dari 15 menjadi 8 (tidak ada kecemasan), skala nyeri masih 5. Klien belum mampu melakukan mobilisasi karena baru menjalani operasi nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, klien sudah dapat menerima perubahan fungsi tubuhnya. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi berkurang dengan skala

nyeri 2, keadaan umum klien baik, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat, luka operasi klien bersih tidak ada tanda-tanda infeksi dan klien sudah dapat menerima dengan baik keadaan atau kondisi tubuhnya sekarang. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli satu minggu setelah di rumah.

### 3. Kasus 3

Ny. P usia 27 tahun dengan diagnosis kista ovarium Keluhan utama nyeri perut. Riwayat penyakit sekarang: Klien datang ke rumah sakit pada tanggal 14 November 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri pada daerah perut hilang timbul sekitar 1 bulan ini. Klien mengatakan periksa ke dokter karena program untuk punya anak karena klien sudah menikah 3 tahun tetapi belum dikaruniai anak. Setelah periksa ke dokter kandungan ternyata hasil USG di temukan adanya kista pada ovarium. Keluhan lain menurut klien tidak ada. Klien mengatakan khawatir menjalani operasi karena takut kandungannya diangkat sehingga tidak akan bisa punya anak lagi. Skala cemas 25 (kecemasan sedang). Hasil pemeriksaan vital sign TD 130/90 mmHg, N 80x/menit, suhu 36,2C, pernafasan 21 x/menit, kekuatan otot atas 5//5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT > detik, konjungtiva tidak anemis, kekuatan otot bawah 5//5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum: lemah, kesadaran CM,.Klien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit seperti yang dialami oleh klien. Pemeriksaan penunjang, pemeriksaan darah lengkap tanggal 13 November 2017 hasil normal saja.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. P yaitu: pada pre operasi 1). Cemas, 2) Nyeri akut, pada post operasi 1). Nyeri akut, 2). Resiko infeksi 3). Gangguan mobilitas fisik 4). Defisit perawatan diri (mandi).

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. P setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap cemas yang dialami, mampu beradaptasi dengan nyeri yang dialami,

tidak terjadi infeksi, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri,.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing menggunakan musik. Memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik nonfarmakologi dengan tehnik nafas dalam serta farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgetik, memonitor level ketidaknyamanan atau nyeri, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi tingkat cemas turun dari 25 menjadi 18 (kecemasan ringan) .Nyeri berkurang dari skala 4 menjadi skala 3. Pada hari kedua pre operasi cemas turun dari 14 menjadi 8 (tidak ada kecemasan), skala nyeri 5. Klien belum mampu melakukan mobilisasi karena baru menjalani operasi nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi berkurang dengan skala nyeri 2, keadaan umum klien baik, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat, luka operasi klien bersih tidak ada tanda-tanda infeksi dan klien sudah dapat menerima dengan baik keadaan atau kondisi tubuhnya sekarang. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli satu minggu setelah di rumah.

#### 4. Kasus 4

Ny. I, usia 44 tahun dengan diagnosis mioma uteri dan kista ovarium rencana histrektomi. Keluhan utama nyeri perut kanan bawah, nyeri bertambah saat bergerak dan ditekan, skala 6, nyeri seperti di iris-iris setiap 5 – 10 menit sekali.

Riwayat penyakit sekarang : Klien datang ke rumah sakit pada tanggal 24 November 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian atas simpisis sejak 1 tahun, setengah bulan terakhir perut membesar, kemudian klien memeriksakan kesehatan di dokter umum mendapatkan obat anti nyeri dan klien tidak kembali kontrol. Sejak 2 bulan yang lalu klien kembali merasakan nyeri hebat di daerah atas simpisis kemudian klien memeriksakan kembali kesehatannya di Poli Kandungan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan dilakukan pemeriksaan USG di dapatkan hasil uterus membesar dengan ukuran 4,36 X 6,15 X 4,88 cm dengan diagnosa mioma uteri dan ada kista ovarii dan mendapat anjuran dari dokter SpOG untuk segera dioperasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi dan direncanakan untuk operasi elektif histerektomi tanggal 27 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien tidak mempunyai penyakit darah tinggi, diabetes dan jantung, didalam keluarga klien tidak mempunyai penyakit seperti yang di alami klien sekarang. Ny. I mengatakan takut karena akan menjalani operasi apalagi jika kandungannya diangkat, karena menurut klien bila ganas maka bertambah parah jika dioperasi. Skala cemas 25 (kecemasan sedang).

Hasil pemeriksaan vital sign TD 140/90 mmHg, N 80 x/menit, suhu 36 C,pernafasan 21 x/menit, kekuatan otot atas 5/5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5/5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah, kesadaran CM.

Pemeriksaan darah lengkap tanggal 24 November 2017 dalam batas normal. Terapi yang diberikan Injeksi Antrain 3x1 amp, Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp, Injeksi Kalnex 3 x 500 mg, Injeksi Cefotaxime 3 x1 gr, Infus RL 20 tpm, Sanmag syrup 3 X 1 cth.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. I yaitu pada pre operasi 1). Cemas, 2) Nyeri akut, pada post operasi 1). Nyeri akut, 2). Resiko

infeksi 3). Gangguan mobilitas fisik 4). Defisit perawatan diri (mandi), 5). Gangguan citra tubuh.

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. I setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap kecemasan dan nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri, klien akan bebas dari infeksi dan menerima perubahan citra tubuh, tidak ada mual.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara manajemen pengurangan kecemasan dengan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing, memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam , membantu klien menggunakan tehnik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, tapi membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, membantu klien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan bagian tubuh yang disebabkan pembedahan dengan cara yang tepat, menentukan persepsi klien dan keluarga terkait dengan perubahan citra diri dan realitas, membantu klien untuk mengidentifikasi bagian dari tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan tubuhnya, mengidentifikasi kelompok pendukung yang tersedia bagi klien, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat, melatih klien tehnik distraksi untuk mengurangi mual.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan tehnik relaksasi, mengajarkan tehnik nafas dalam, imajinasi terbimbing menggunakan musik. Memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik nonfarmakologi dengan tehnik nafas dalam serta farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgetik, memonitor level ketidaknyamanan atau

nyeri, pertahanankan hidrasi yang cukup untuk viskositas darah, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, membantu klien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan bagian tubuh yang disebabkan pembedahan dengan cara yang tepat, menentukan persepsi klien dan keluarga terkait dengan perubahan citra diri dan realitas, membantu klien untuk mengidentifikasi bagian dari tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan tubuhnya, mengidentifikasi kelompok pendukung yang tersedia bagi klien.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi tingkat cemas turun dari 25 menjadi 18 (kecemasan sedang). Nyeri berkurang dari skala 5 menjadi skala 3. Pada hari kedua pre operasi cemas turun dari 15 menjadi 10 (tidak ada kecemasan), skala nyeri masih 5. Klien belum mampu melakukan mobilisasi karena baru menjalani operasi nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, klien sudah dapat menerima perubahan fungsi tubuhnya. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi berkurang dengan skala nyeri 2, keadaan umum klien baik, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat, luka operasi klien bersih tidak ada tanda-tanda infeksi dan klien sudah dapat menerima dengan baik keadaan atau kondisi tubuhnya sekarang. Pada hari lima post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli satu minggu setelah di rumah.

## 5. Kasus 5

Nn. C usia 14 tahun dengan diagnosis kista ovarium. Keluhan utama nyeri perut.

Riwayat penyakit sekarang : Klien datang ke rumah sakit pada tanggal 28 November 2017 melalui poli kandungan dengan keluhan nyeri perut bagian atas simpisis sejak 3 bulan, perut membesar, tanggal 22 November 2017 klien masuk rumah sakit dengan rencana operasi tanggal 23 November 2017 tapi karena sedang haid klien tunda operasi dan pulang dulu kemudian masuk kembali untuk operasi. Kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi dan direncanakan untuk operasi elektif tanggal 29 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu tidak ada didalam keluarga klien yang mempunyai penyakit seperti yang di alami klien sekarang. Nn. C mengatakan takut karena akan menjalani operasi, walaupun merasa sudah siap operasi tetapi tetap saja rasa takut. Skala kecemasan 24 (kecemasan sedang). Ekspresi meringis, skala nyeri 6.

Hasil pemeriksaan vital sign TD 110/8 mmHg, N 88 x/menit, suhu 36,2 C, pernafasan 20 x/menit, kekuatan otot atas 5/5, edema (-), turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5/5, edema (-), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah, kesadaran CM.

Pemeriksaan darah lengkap tanggal 22 November 2017 dalam batas normal. Terapi yang diberikan Injeksi Cefotaxime 3 x1 gr, Infus RL 20 tpm, tramadol 3 x 1 ampul.

Masalah keperawatan yang ditemukan pada Nn. C yaitu pada pre operasi 1). Cemas, 2) Nyeri akut, pada post operasi 1). Nyeri akut, 2). Resiko infeksi 3). Gangguan mobilitas fisik 4). Defisit perawatan diri (mandi), 5). Gangguan citra tubuh.

Tujuan yang ditetapkan pada Nn. C setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri, klien akan bebas dari infeksi dan menerima perubahan citra tubuh.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing menggunakan musik. Memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik nonfarmakologi dengan tehnik nafas dalam serta farmakologi dengan kolaborasi pemberian analgetik, memonitor level ketidaknyamanan atau nyeri, pertahanankan hidrasi yang cukup untuk viskositas darah, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, membantu klien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan bagian tubuh yang disebabkan pembedahan dengan cara yang tepat, menentukan persepsi klien dan keluarga terkait dengan perubahan citra diri dan realitas, membantu klien untuk mengidentifikasi bagian dari tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan tubuhnya, mengidentifikasi kelompok pendukung yang tersedia bagi klien.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan tehnik relaksasi Imajinasi Terbimbing, membantu klien menggunakan tehnik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, tapi membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan, membantu klien untuk mendiskusikan perubahan-perubahan

bagian tubuh yang disebabkan pembedahan dengan cara yang tepat, menentukan persepsi klien dan keluarga terkait dengan perubahan citra diri dan realitas, membantu klien untuk mengidentifikasi bagian dari tubuhnya yang memiliki persepsi positif terkait dengan tubuhnya, mengidentifikasi kelompok pendukung yang tersedia bagi klien, menganjurkan klien makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat, melatih klien teknik distraksi untuk mengurangi mual.

Hasil evaluasi pada hari pertama pre operasi tingkat cemas turun dari 24 menjadi 21. Nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 3. Pada hari kedua pre operasi cemas turun dari 18 menjadi 14, skala nyeri masih 5.

Klien belum mampu melakukan mobilisasi karena baru menjalani operasi nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, klien sudah dapat menerima perubahan fungsi tubuhnya. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi berkurang dengan skala nyeri 2, keadaan umum klien baik, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat, luka operasi klien bersih tidak ada tanda-tanda infeksi dan klien sudah dapat menerima dengan baik keadaan atau kondisi tubuhnya sekarang. Pada hari ke dua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli satu minggu setelah di rumah

#### **B. Aplikasi Model Adaptasi Roy Pada Kasus Terpilih**

Aplikasi model adaptasi Roy akan diterapkan pada salah satu kasus kelolaan yang terpilih, yaitu kasus pasien Ny. S.K usia 44 tahun dengan kista ovarium pro operasi oovorectomi. Proses asuhan keperawatan akan dimulai dari tahap pengkajian yang meliputi pengkajian berdasarkan 4 prinsip mode adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi), penegakkan diagnosis keperawatan, menyusun setting goal (penentuan tujuan keperawatan), intervensi, implementasi sampai evaluasi.

##### **1. Pengkajian Perilaku dan Stimulus**

###### **a. Mode Adaptasi Fisiologis**

###### **1) Oksigenasi**

a) Pengkajian perilaku

Pasien dapat bernafas spontan, respirasi 22x/menit, tidak sesak, gerakan dada simetris, bunyi napas vesikuler, tidak ada ronchi maupun wheezing, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, tidak sianosis, konjungtiva tidak ananemis, capillary refill < 2detik, bunyi jantung I/II reguler, tidak ada gallop dan murmur. Hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Tidak ada massa pada saluran nafas.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: tidak ada massa yang menghalangi jalan nafas, stiumulus konstektual : pasien dengan diagnosa kista ovarium dengan jalan nafas bersih, stimulus residual tidak ada adaptasi.

2) Nutrisi :

a) Pengkajian perilaku

Pasien bisa makan tidak habis 1 porsi, ada mual dan muntah, bising usus 8x/menit. Mukosa oral lembab, bising usus 9x/menit. TB 155 Cm, BB 65 Kg (kesan status Gizi baik).

b) Pengkajian stimulus: peningkatan asam lambung

3) Eeliminasi:

a) Pengkajian perilaku

Buang air besar 1x sehari konsistensi lembek, buang air kecil spontan tanpa kateter 5-6x sehari, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih.

b) Pengkajian stimulus: tidak ada gangguan pada sistem perkemihan

4) Aktivitas dan istirahat :

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran komposmentis, terpasang infus di vena perifer, klien bergerak bebas tapi kalau nyeri klien berbaring saja.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: nyeri pada perut

Stimulus kenstektual: peningkatan tekanan intra abdomen

Stimulus residual: masa pada abdomen

5) Proteksi:

a) Pengkajian perilaku

Suhu 36,7<sup>0</sup>C, terpasang infus perifer, rambut dan kuku bersih.

b) Pengkajian stimulus: tidak ada respon adaptif

6) Sensasi:

a) Pengkajian perilaku

penglihatan pasien baik, fungsi pendengaran, fungsi penghidu dan sentuhan klien tidak mengalami kelainan. Klien mengalami nyeri pada perut dengan rasa nyeri seperti diiris-iris, ekspresi meringis, skala nyeri 4, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, RR 22x/ menit. Diberikan injeksi ketorolac 3x1 ampul.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : massa pada abdomen

Stimulus konstektual: kurangnya efek pemberian terapi analgetik

Stimulus residual: ketidak tahuan klien melakukan manajemen nyeri.

7) Cairan dan elektrolit :

a) Pengkajian perilaku

klien mengeluh mual tidak ada muntah, makan habis setengah porsi minum normal, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, respirasi 22x/menit, mukosa oral lembab, turgor kulit elastis acral hangat, capiraly refil <2 detik, suara paru vesikuler, buang air kecil 5-6x sehari, hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Intake cairan adekuat.

b) Pengkajian stimulus : tidak ada respon adaptif

8) Fungsi neurologi:

a) Pengkajian perilaku

kesadaran komposmentis, klien tidak mengalami disorientasi waktu dan tempat, klien tidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi dengan baik

b) Pengkajian stimulus: tidak ada masalah adaptif.

9) Fungsi endokrin:

a) Pengkajian perilaku: klien dan keluarga tidak ada riwayat penyakit DM

b) Pengkajian stimulus: tidak ada respon adaptif

b. Mode adaptasi konsep diri

1) *Physikal self* (memandang diri sendiri dan berhubungan dengan kehilangan)

a) Sensasi diri: klien mengatakan nyeri pada daerah perut, ekspresi meringis.

b) Gambaran diri: klien menanyakan apakah setelah operasi penyakitnya tidak akan kambuh lagi, berapa lama proses penyembuhannya. Klien menanyakan apakah nanti rahimnya harus diangkat.

2) *Personal self* : klien beragama Islam dan selalu sholat 5 waktu, klien mengatakan ingin sembuh cepat dan tidak lama menderita nyeri lagi. Klien merasa cemas dan khawatir akan menghadapi operasi, takut kalau mati di kamar operasi atau ada terjadi sesuatu saat operasi.

3) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: adanya ancaman status kesehatan saat ini

Stimulus konstektual: perasaan tidak berdaya, pasien berada dalam kecemasan

Stimulus residual: berusaha meyakinkan diri kalau akan sembuh dari penyakitnya.

c. Mode adaptasi fungsi peran

1) Pengkajian perilaku

Klien merupakan seorang isteri dengan 2 orang anak, klien tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga. Selama sakit klien lebih banyak di rumah. Pekerjaan rumah banyak dikerjakan oleh anak- anak.

2) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal: adanya ancaman perubahan kesehatan

Stimulus residual: ketidakmampuan klien dalam menjalani fungsi sebagai ibu rumah tangga.

d. Mode adaptasi interdependensi

1) Pengkajian perilaku

Klien selalu di temani oleh suami dan anak saat di rumah sakit. Suami dan anak-anak selalu memberi perhatian pada klien dan selalu mendampingi klien. Klien merasa senang dan agak tenang karena suami dan anak-anak menemani di rumah sakit.

2) Pengkajian stimulus: semua perilaku adaptif

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan di tegakkan berdasarkan analisis hasil pengkajian pada keempat mode adaptasi yang didalamnya terdapat adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Berdasarkan kasus Ny. S. K maka diagnosis yang di tegakkan adalah sebagai berikut

a. Mode adaptasi Fisiologis

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- 2) Mual berhubungan dengan peningkatan asam lambung
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi

b. Mode adaptasi konsep diri

Cemas berhubungan dengan ancaman status saat ini.

c. Mode adaptasi fungsi peran : -

d. Mode adaptasi interdependensi : -

### 3. Intervensi Keperawatan

Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan Ny. S.K mampu beradaptasi terkait dengan penegakkan keperawatan sebagai berikut :

#### a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

##### 1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC: Setelah 2x24 jam dilakukan tindakan keperawatan nyeri klien berkurang di tunjukkan dengan menurunnya skala nyeri 3, tampak rileks, beradaptasi dengan nyeri, klien dapat menggunakan tindakan pencegahan, klien dapat menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik.

##### 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pertama adalah intervensi yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri akut yaitu dengan menggunakan NIC Manajemen Nyeri yaitu dengan Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif: Lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, manajemen nyeri dengan teknik Relaksasi nafas dalam dan berikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis: Injeksi Ketorolac 3 X 1 ampul. Secara *Coaching* yaitu dengan bantu perubahan posisi klien nyaman mungkin, libatkan keluarga untuk mengatur posisi yang nyaman bagi klien dan lakukan Relaksasi nafas dalam, berikan informasi kepada klien dan keluarga mengenai nyeri, seperti penyebab nyeri, berat dan lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasi dari ketidaknyamanan akibat prosedur. Bantu perubahan posisi, kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan , suara bising dan pencahayaan).

#### b. Mual berhubungan dengan cemas

##### 1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC: kontrol mual dan muntah

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, mual berkurang, klien dapat menghabiskan porsi makanannya.

## 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah dengan menggunakan NIC yaitu dengan pengurangan kecemasan dan manajemen mual dengan tindakan pendekatan yang menenangkan klien, menjelaskan prosedur yang akan dilakukan, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing, memantau makan klien dan menganjurkan klien makan sedikit tapi sering.

### c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

#### 1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC: Ambulasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, hambatan mobilitas fisik tidak terjadi, klien dapat berjalan dengan pelan, berjalan dengan jarak yang dekat < 10 meter dan klien dapat berjalan mengelilingi kamar.

#### 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan dengan NIC agar pasien tidak mengalami hambatan mobilitas fisik adalah memonitor tanda-tanda vital, melibatkan keluarga dalam perawatan, menganjurkan klien tetap menggunakan tehnik nafas dalam bila nyeri, memberikan analgetik ketorolac 3x1 amp

### d. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

#### 1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC: Kontrol Resiko: Proses Infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan klien dapat mengidentifikasi faktor risiko infeksi, mengenali faktor risiko infeksi, mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan, mempertahankan lingkungan yang bersih dan mempraktikkan strategi untuk mengontrol infeksi.

#### 2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keempat adalah intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadi infeksi selama perawatan intervensi

tersebut menggunakan NIC Kontrol Infeksi pertahankan tehnik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, ganti letak iv cateter dan perawatan luka sesuai indikasi, kolaborasi dengan pemberian antibiotik cefotaxime 3 X 1 gram. Beri penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang klien, informasikan hal-hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi. Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.

e. Cemas berhubungan dengan ancaman status saat ini.

1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC: Tingkat kecemasan dan kontrol kecemasan diri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam, kecemasan berkurang klien rileks, tidak ada keringat dingin, tidak berdebar-debar, tidak pusing, tidak gelisah, tanda-tanda vital dalam batas normal

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan dengan NIC adalah dengan pengurangan kecemasan dengan mengkajim tingkat kecemasan, mengadakan pendekatan dengan klien dan keluarga, menjelaskan prosedur-prosedur yang akan di alami klien, melibatkan keluarga serta mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing.

4. Implementasi Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi

Implementasi yang telah di lakukan adalah memantau nyeri: mengkaji penyebab nyeri, memantau skala nyeri (ringan, sedang, atau berat, mengkaji saat timbulnya nyeri, memantau vital sign, mengobservasi reaksi nyeri secara nonverbal. Manajemen nyeri : memberikan posisi yang nyaman, mengajarkan ntehnik relaksasi nafas dalam, memantau pasien beradaptasi terhadap nyeri yang di alami, kolaborasi pemberian obat analgetik (ketorolac 3x1 ampul)

b. Mual berhubungan dengan cemas

Implementasi yang telah dilakukan adalah pengurangan kecemasan dengan mengkaji sumber kecemasan, gunakan pendekatan yang menyenangkan, jelaskan prosedur dan apa yang di rasakan selama prosedur, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing, menganjurkan klien menarik nafas dalam bila mual, menganjurkan makan sedikit dengan porsi yang sering bila mual, kolaborasi pemberian obat mual (sanmag sirup 3x1 C).

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Implementasi yang dilakukan adalah mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri

d. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi

Implementasi yang dilakukan adalah mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan.

e. Cemas berhubungan dengan ancaman status saat ini

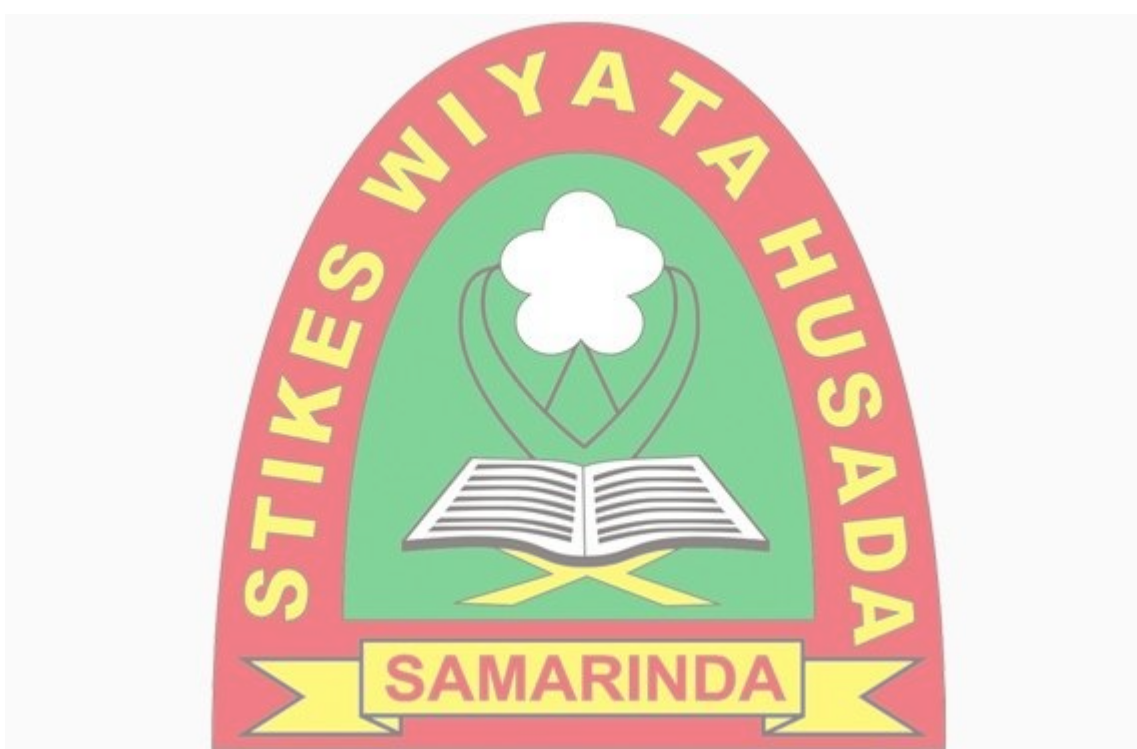
Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah menilai tingkat cemas, manajemen pengurangan cemas dengan pendekatan yang menyenangkan pada klien, menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut, bantu klien untuk mengidentifikasi penyebab kecemasan, dengarkan dengan penuh perhatian, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, tehnik relaksasi dengan nafas dalam dan imajinasi terbimbing dengan musik untuk menurunkan tingkat kecemasan.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan. Evaluasi ini diuraikan berdasarkan diagnosa berikut ini:

- a. Nyeri akut: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang ditunjukkan dengan pengurangan nyeri, nyeri dikaji secara numeric didapatkan skala nyeri 2, wajah rileks dan tidak meringis lagi. Analisa intervensi: tindakan keperawatan manajemen nyeri dilanjutkan dengan tetap menganjurkan pasien menggunakan tehnik-tehnik relaksasi yang telah diajarkan dalam pengurangan nyeri yang akan datang.
- b. Mual : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam mual dapat diatasi, pasien bisa menghabiskan makan 1 porsi, tidak ada penurunan berat badan pasien, tidak ada nyeri tekan pada epigastrik. Analisa intervensi: tindakan manajemen pengurangan cemas tetap dilanjutkan serta tehnik relaksasi saat mual juga dilanjutkan bila terjadi mual lagi.
- c. Gangguan mobilitas fisik: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi, pasien dapat mobilisasi sendiri bejalan kekamar mandi sendiri, makan tidak di suap lagi, pasien dapat bergerak bebas walau masih perlahan-lahan karena kadang muncul nyeri pada luka operasi.
- d. Resiko infeksi : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam infeksi post tindakan invasif tidak terjadi, pada luka tidak didapatkan tanda-tanda infeksi seperti demam, kemerahan luka operasi, tidak ada pus pada luka operasi. Analisa intervensi: Tindakan pencegahan infeksi tetap dilakukan, mengajarkan pasien untuk cuci tangan terus saat pulang, luka jangan basah, rajin kontrol setelah pulang kerumah serta makan makanan yang bergizi dan tinggi protein untuk penyembuhan luka operasi.
- e. Cemas: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam pasien dapat beradaptasi dengan cemas yang dialaminya wajah pasien tidak tegang lagi, tidak ada rasa berdebar-debar, tidak ada rasa takut, tidak gelisah, malam dapat tidur nyenyak dan tidak sering

terbangun, pasien tidak merasa sedih lagi, tidak sering menarik nafas dalam, tidak ada mual lagi, tidak sering bak lagi serta tidak ada sakit kepala. Analisa intervensi tindakan pengurangan cemas tetap di lanjutka dirumah saat pasien pulang karena kadang bisa muncul kembali cemas walaupun pada situasi yang berbeda.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada 5 kasus kelolaan dalam karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Sister Calista Roy yaitu model adaptasi yang adaptif dalam asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kecemasan. Asuhan keperawatan tersebut di mulai dari pengkajian stimulus, penentuan diagnosis keperawatan, penetapan tujuan, intervensi dan evaluasi.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada 5 pasien kelolaan, seluruhnya memiliki permasalahan yang hampir sama saat di rawat di ruang Mawar RSUD Abul Wahab Sjahranie, yaitu pasien mengalami masalah kecemasan pre operasi, sehingga membutuhkan perawatan dan pengurangan cemas. Penanganan cemas non farmakologis yang dilakukan misalnya menggunakan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing.

Masing-masing pasien kelolaan dalam karya ilmiah ini memiliki kasus yang sama yaitu semua menderita kista ovarium yang akan menjalani pembedahan, yang berbeda adalah ada pasien yang langsung menjalani histrektomi ada yang hanya overectomy saja. Pada kelima kasus tersebut kecemasan pre operasi terjadi sebagai gejala utama pasien yang akan menjalani pembedahan dari adanya penyakit utama yang mereka alami.

Kecemasan adalah perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardjo Wiramiharja, 2005). Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2003). Kecemasan yang tidak teratasi dapat mempengaruhi pasien baik selera makan, kebutuhan istirahat tidur pasien menjadi lemah serta dapat menghilangkan semangat dan harapan hidup pasien. Dengan demikian pasien mengalami kecemasan akan mengalami penurunan kualitas hidup.

Berikut akan di uraikan pembahasan terkait kasus kelolaan di tinjau dari langkah-langkah proses keperawatan, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan,

intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan melalui penilaian tingkat kecemasan menggunakan instrumen HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale).

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dalam pemberian asuhan keperawatan pada 5 pasien kelolaan dalam karya ilmiah ini akan di jelaskan berdasarkan 4 mode adaptasi yang di kembangkan oleh Sister Calista Roy, yaitu mode adaptasi fisiologis mode adaptasi konsep diri, mode adaptasi fungsi peran, dan mode adaptasi interpedensi.

Pengkajian keperawatan dilakukan secara menyeluruh, namun difokuskan pada masalah kecemasan. Dalam melakukan pengkajian kecemasan pada klien penilaian skala kecemasan bervariasi, begitu pula perubahan perilaku dan psikologis. Pada pengkajian mode adaptasi fisiologis, pada status oksigenasi didapatkan data bahwa kelima kasus pasien tidak ada yang mengalami masalah pada status oksigenasi. Pada pengkajian status nutrisi umumnya ada pada status nutrisi baik hanya saja pada kasus kelolaan dan satu kasus lainnya terdapat keluhan mual-mual sehingga mengurangi jumlah asupan makanan. Pada pengkajian status nutrisi pada kasus kelolaan umumnya berada pada status nutrisi yang baik, meskipun mengalami mual pada kasus kelolaan, pada keempat kasus lainnya ada satu di temukan masalah status nutrisi yaitu mengalami mual-mual dan muntah juga, sementara 3 kasus lainnya tidak mengalami mual-mual maupun muntah, meskipun demikian tidak menutup kemungkinan juga bisa mengalami mual-mual karena salah satu tanda pasien mengalami kecemasan adalah mual maupun muntah (Conley, 2006).

Pengkajian pemenuhan kebutuhan eliminasi pada kelima pasien tidak mengalami masalah, semua kasus dalam batas normal, tetapi meskipun demikian semua pasien pasca operasi tetap dipantau intake dan output karena pasien puasa. Pasien yang mengalami kecemasan juga dapat mengakibatkan diare. Pada pengkajian aktivitas dan istirahat pada pada kasus pertama (Ny. S.K), pasien tidak dapat melakukan aktivitas post operasi karena nyeri, dan pada keempat kasus lainnya juga mengalami hal yang serupa, misalnya pada kasus Ny. I juga tidak dapat bergerak bebas karena merasakan nyeri.

Pada pengkajian kebutuhan perlindungan diri (proteksi) pada Ny. S.K tidak ditemukan data yang abnormal, tetapi meskipun demikian dengan kondisi penyakit yang dialami dan tindakan yang diberikan, hal ini dapat mempengaruhi proteksi pasien seperti adanya peningkatan suhu tubuh, adanya luka operasi. Pada keempat kasus lainnya juga tidak mengalami gangguan pada kebutuhan perlindungan diri. Pada pengkajian cairan dan elektrolit, kasus pertama Ny. S.K mengalami mual-mual tetapi tidak muntah, sehingga ini juga dapat mempengaruhi status hidrasi pasien, begitu pula dengan kasus yang dialami oleh Ny. S, pasien mengalami mual-mual juga muntah-muntah sehingga pasien merasa lemas, sedangkan pada ketiga kasus lainnya tidak mengalami masalah cairan dan elektrolit.

Pada pengkajian sensasi, semua pasien mengalami nyeri. Pengkajian nyeri pada sebagian besar pasien dilakukan dengan menggunakan skala numeric, pada pengkajian sistem neurologi kasus kelolaan dan keempat kasus lainnya tidak ditemukan adanya gangguan. Pengkajian pada mode adaptasi konsep diri, mengacu pada upaya dalam pencapaian adaptasi terhadap adanya perubahan citra tubuh yang dialami pasien. Pengkajian pada mode adaptasi konsep diri meliputi *physical self* dan *personal self* (Tomey & Alligood, 2010). Pada kasus kelolaan pengkajian pada konsep diri *physical self* kasus pertama tidak ditemukan, demikian juga pada ketiga kasus lainnya, sementara satu kasus mengalami gangguan yaitu gangguan citra tubuh karena pasien mengalami pengangkatan rahim. Pada pengkajian *personal self* semua kasus mengalami gangguan yaitu kecemasan pre operasi.

Pada pengkajian fungsi peran, pada umumnya selama sakit pasien tidak dapat menjalankan kewajibannya baik sebagai ibu rumah tangga maupun sebagai seorang pelajar, hal ini disebabkan pasien menjalani proses operasi sehingga semua aktivitas fisik tidak dapat dilakukan, karena pasien menjalani proses penyembuhan pasca operasi dengan perawatan yang cukup lama untuk proses penyembuhan. Pada pengkajian mode adaptasi interdependensi, semua pasien menjalani perawatan dengan di temani oleh suami, orang tua maupun oleh anak dalam waktu 24 jam, selain itu orang tua, anak maupun suami membantu memenuhi semua kebutuhan pasien sehari-hari.

## B. Diagnosa Keperawatan

Merumuskan diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah berdasarkan adaptasi Calista Roy. Belum adanya pengelompokan intervensi, maka penulis melakukan secara mandiri dengan melihat batasan karakteristik masalah keperawatan berdasarkan buku diagnosa keperawatan NANDA 2015-2017. Penulis melakukan analisa terhadap hasil pengkajian perilaku dan stimulus pada mode adaptasi fisiologis dan mode adaptasi konsep diri.

Hasil pengkajian perilaku stimulus pada mode adaptasi konsep diri didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada semua kasus adalah kecemasan pre operasi. Masalah kecemasan pre operasi memang selalu terjadi pada pasien yang akan menjalani operasi walau dengan tingkat kecemasan yang berbeda.

Masalah kecemasan pre operasi yang di alami oleh kelima kasus kelolaan adalah termasuk kecemasan tingkat sedang, dikarenakan skala kecemasan berada pada nilai antara 24-25. Gejala-gejala yang umumnya muncul antara lain: cemas, merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat dengan tenang, gemetar, gelisah, sukar memulai tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, sulit berkonsentrasi, sedih, bangun dini hari, merasa lemas, berdebar-debar, nyeri dada, sering menarik nafas panjang, mual, perut rasa penuh dan kembung, nyeri lambung sebelum makan, sering kencing, haid beberapa kali, mudah berkeringat, gelisah, tidak tenang. Sementara gejala-gejala yang hanya terjadi pada Ny. S.K adalah sering BAK dan mual-mual.

Selain masalah kecemasan, masalah lain yang ditemukan adalah nyeri akut. Masalah nyeri juga dialami oleh kelima kasus tersebut, dan dikatakan nyeri akut karena nyeri yang dialami kurang dari 6 bulan, nyeri dialami karena adanya massa di abdomen serta nyeri luka operasi. Masalah gangguan mobilitas fisik dialami oleh kelima kasus karena kelima kasus tersebut menjalani operasi sehingga pasca operasi pasien mengalami nyeri sehingga saat bergerak nyeri bertambah membuat pasien susah mobilisasi. Kelima kasus mengalami masalah resiko infeksi, masalah ini merupakan masalah yang perlu diperhatikan pada klien. infeksi bisa aktual bila perawatan tidak mempertimbangkan tehnik septic dan antiseptik. Klien dengan imunitas rendah rentan terhadap resiko penyebaran penyakit infeksi berhubungan

dengan resiko kontak dengan agen penyebab infeksi pada lingkungan. Infeksi biasanya diawali dari virus, kemudian terjadi infeksi tambahan bakteri, dan kejadian infeksi yang di sebabkan bakteri yang sering menyebabkan kematian (Kartasamita, 2010). Sementara masalah gangguan citra tubuh hanya dialami oleh Ny. S karena mengalami pengangkatan rahim.

Secara keseluruhan pada kelima kasus pasien kelolaan penyakit kista ovarium yang akan menjalani operasi mengalami masalah kecemasan, nyeri, gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi. Hal ini dikarenakan adanya perubahan fisik, dan rasa cemas yang dialami oleh pasien. Pada masalah yang dialami oleh pasien berdasarkan teori Roy kelima pasien tersebut rata-rata mempunyai masalah konsep diri yaitu self consistency. Sehingga menyebabkan penggunaan koping yang tidak efektif oleh karena munculnya perasaan depresi sebagai akibat kecemasan yang dialami.

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan utama yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu untuk mengatasi masalah kecemasan antara lain pengurangan cemas dengan mengkaji tingkat kecemasan, pendampingan pada pasien, penjelasan prosedur yang akan dijalani pasien serta melakukan pengurangan cemas dengan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing.

Pengobatan yang paling efektif untuk pasien dengan gangguan kecemasan umum adalah kemungkinan pengobatan yang mengkombinasikan psikoterapi, farmakoterapi dan pendekatan suportif (Kaplan and Sadock, 1998). Psikoterapi merupakan teknik utama yang digunakan adalah pendekatan perilaku misalnya relaksasi dan bio feed back (proses penyediaan suatu informasi pada keadaan satu atau beberapa variabel fisiologi seperti denyut nadi, tekanan darah dan temperatur kulit). Tahap kedua yang dilakukan bila psikoterapi tidak efektif adalah dengan farmakologi

Pada pasien pertama (Ny. S.K) saat rasa cemas muncul pasien belum melakukan apa-apa sehingga tidak terjadi pengurangan rasa cemas, setelah sehari sebelum mengalami operasi tindakan pengurangan cemas sudah dilakukan. Penanganan cemas juga sudah dilakukan pada keempat pasien lainnya. Penanganan cemas pada kelima pasien tersebut diberikan terapi

nonfarmakologis diantaranya mengajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing. Imajinasi terbimbing adalah teknik relaksasi yang dapat memberikan kontrol pada pasien sehingga memberikan kenyamanan fisik dan mental (Potter&Perry, 2006). Imajinasi terbimbing memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga kecemasan akan berkurang. Pasien yang melakukan imajinasi terbimbing diharuskan berkonsentrasi terhadap imajinasi yang disukai dengan dipimpin oleh perawat (Johnson, JY, 2005). Tahap kedua dilakukan bila dengan penanganan tahap pertama, tetapi masih dalam tingkat kecemasan yang dapat menimbulkan efek-efek serius maka akan ditambah dengan pemberian terapi seperti propanolol. Tetapi pada pasien kelolaan belum sampai diberikan terapi farmakologi karena dengan terapi relaksasi imajinasi terbimbing sudah memberikan efek penurunan tingkat kecemasan dari tingkat kecemasan sedang menjadi tingkat kecemasan ringan dan tidak menjadi tidak terjadi kecemasan karena setiap pasien yang akan menjalani proses pembedahan pasti akan mengalami kecemasan.

Intervensi utama yang telah dilakukan untuk mengatasi kecemasan adalah menilai skala kecemasan, memantau tanda-tanda vital, melakukan manajemen penurunan kecemasan dengan mengajarkan tehnik relaksasi imajinasi terbimbing. Pada kelima kasus kelolaan belum sampai mendapatkan terapi farmakologi untuk pengurangan tingkat kecemasan.

#### **D. Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Aligod & Tomay, 2006). Implementasi keperawatan dalam mengatasi masalah utama kecemasan dengan nonfarmakologi yaitu penggunaan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing.

Pemberian terapi relaksasi imajinasi terbimbing dilakukan sehari sebelum menjalani operasi lalu dievaluasi 1 jam kemudian apakah ada terjadi penurunan tingkat kecemasan. Pada pasien pertama (Ny. S.K) saat rasa cemas muncul, sehari sebelum mengalami operasi tindakan pengurangan cemas sudah dilakukan. Penanganan cemas juga sudah dilakukan pada keempat pasien lainnya. Penanganan cemas pada kelima pasien tersebut

diberikan terapi nonfarmakologis diantaranya mengajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing. Terapi tehnik relaksasi yang dilakukan dengan cara mengajak pasien duduk menutup mata dan memutarakan instrumen suara-suara alam, membimbing pasien masuk kesuasana yang menyenangkan sambil menarik nafas dalam selama 15 menit. Pada umumnya pemberian terapi non farmakologi imajinasi terbimbing dengan memutarakan musik dapat mengurangi tingkat kecemasan pada pasien, pasien menjadi lebih rileks, tidak terlalu gelisah dan umumnya lebih siap menghadapi proses operasi.

Pemberian latihan relaksasi imajinasi terbimbing bertujuan untuk melatih klien agar mengkondisikan diri untuk mencapai kondisi rileks. Pada waktu individu mengalami ketegangan yang bekerja adalah saraf simpatis sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah saraf parasimpatis dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang. Pemberian latihan relaksasi imajinasi terbimbing ini memberikan efek rileks pada pasien sehingga dapat memberi pengaruh pengurangan tingkat kecemasan pada pasien.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kelima kasus kelolaan, berdasarkan model Calista Roy, secara umum dapat diaplikasikan pada pasien kasus kelolaan sesuai dengan struktur yang ada.

Evaluasi terhadap intervensi yang telah dilakukan adalah dengan menilai respon yang muncul pada pasien. Pada umumnya masalah keperawatan yang terjadi pada kelima kasus kelolaan dapat teratasi dengan baik sesuai dengan tujuan tindakan keperawatan yang sudah dibuat peneliti sebelumnya, walaupun respon pencapaian setiap klien berbeda-beda.

Klien kelolaan utama Ny. S.K dapat beradaptasi dengan baik terhadap kecemasannya sebelum dilakukan tindakan operasi, skala kecemasan sudah turun dari skala kecemasan sedang menjadi skala tidak ada kecemasan walaupun masih ada gejala-gejala kecemasan yang muncul antara lain: cemas, gelisah, lesu, terbangun malam hari, berdebar-debar. Setelah evaluasi didapatkan pasien mampu beradaptasi dengan cemas, terjadi penurunan tingkat kecemasan, pasien lebih rileks, dan pasien mampu mengulang kembali tindakan yang telah diajarkan, nyeri terkontrol, pasien

tidak mau lagi dan dapat menghabiskan porsi makan yang di berikan, pasien dapat mobilisasi, penerimaan pada keadaan tubuh, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka pasien. Pada keempat pasien didapatkan juga tingkat kecemasan berkurang menjadi tidak mengalami kecemasan namun tetap menimbulkan gejala-gejala gelisah dan rasa masih berdebar-debar.

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kelima pasien kelolaan berdasarkan model Adaptasi Roy, secara umum dapat diaplikasikan pada pasien kelolaan melalui format pengkajian yang ada. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada lima klien kelolaan menunjukkan masalah keperawatan yang sebagian besar sama dan semuanya dapat teratasi. Keberhasilan implementasi keperawatan tergantung koping masing-masing individu dalam merespon kondisi tubuhnya.



## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. SIMPULAN

Pemberian asuhan keperawatan pada lima klien kelolaan dengan masalah keperawatan kecemasan berdasarkan model keperawatan model Adaptasi Roy secara umum dapat diterapkan dengan baik. Tahapan asuhan keperawatan menurut model adaptasi Roy diawali dengan tahap pengkajian Mode Adaptasi Fisiologis, Mode Adaptasi Konsep Diri, Mode Adaptasi Fungsi Peran, dan Mode Adaptasi Interdependensi, penentuan diagnosa keperawatan, penetapan tujuan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Teori Adaptasi Roy dapat diterapkan pada asuhan keperawatan pasien gangguan sistem reproduksi karena memenuhi semua aspek kebutuhan pasien. Peningkatan adaptasi pasien yang menjadi tujuan dari penerapan teori ini di harapkan membantu perawat dalam menetapkan intervensi sesuai dengan kondisi yang di alami oleh pasien.

Model Adaptasi Sister Calista Roy menyatakan bahwa adanya gangguan pada salah satu mode adaptasi maka akan mempengaruhi mekanisme coping individu dalam beradaptasi, sehingga upaya mengatasi masalah yang muncul pada salah satu adaptasi adalah membantu pasien untuk dapat beradaptasi dengan menunjukkan perilaku yang adaptif. Secara umum, pasien penderita kista ovarium yang akan menjalani operasi yang menjalani perawatan di Mawar mengalami masalah kecemasan sehingga diperlukan intervensi agar pasien mampu beradaptasi terhadap rasa cemas yang dialaminya.

Selanjutnya, dalam menentukan masalah keperawatan atau penegakan diagnosis keperawatan, digunakan diagnosis keperawatan NANDA 2015-2017. Setelah diagnosis keperawatan ditegakkan, penetapan tujuan disusun untuk menentukan kriteria pencapaian masalah yang muncul, rencana keperawatan disusun dan dilaksanakan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap masalah yang muncul. Respon adaptasi pasien terhadap tindakan yang diberikan, yang akhirnya diharapkan tercapainya respon yang adaptif. Peran yang dijalani mahasiswa keperawatan maternitas dalam memberikan asuhan keperawatan

merupakan salah satu peran sebagai perawat primer. Dalam memberikan asuhan keperawatan, mahasiswa keperawatan juga memegang prinsip etik, legal dan peka budaya sebagai cerminan praktik profesional seorang perawat.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi Pelayanan Keperawatan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat memiliki peran penting sebagai pengelola pasien selama 24 jam. Melalui pengembangan model adaptasi Roy yang telah diterapkan oleh mahasiswa, dapat menjadi masukan bagi layanan keperawatan untuk mengelolapatient berdasarkan pendekatan teori-teori keperawatan yang sama ataupun teori keperawatan lainnya. Selain itu perawat dalam menjalani praktik keperawatannya harus berpegang pada prinsip etik, legal dan peka budaya sebagai bentuk praktik profesional seorang perawat. Dalam menangani pasien kanker yang mempunyai masalah nyeri dapat menerapkan manajemen nyeri, diantaranya dengan memberikan terapi musik, dan juga membantu pasien untuk beradaptasi terhadap nyeri yang dialaminya, dan selain itu

### **2. Bagi Pendidikan**

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, perawat memiliki peran penting sebagai pengelola klien selama 24 jam. Melalui pengembangan teori Adaptasi Roy yang telah diterapkan oleh penulis, diharapkan kenyamanan klien tetap terjaga dan instansi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakat. Dalam menangani klien kista ovarium yang akan menjalani pembedahan dengan masalah cemas dapat menerapkan pengurangan cemas, diantaranya dengan memberikan teknik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing agar klien memperoleh kenyamanan, dan selain itu penilaian tingkat cemas dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui efektifitas terapi yang sudah diberikan.

### **3. Bagi Pendidikan Keperawatan**

Dalam menerapkan teori keperawatan yang sesuai dengan khususan atau peminatan yang akan di pilih mahasiswa akhir Ners, sebaiknya teori

keperawatan yang akan diterapkan, dilakukan uji coba efektifitas penggunaan terlebih dahulu sebelum praktik keperawatan dilaksanakan. Dengan demikian, penerapan teori keperawatan tersebut akan lebih efektif dan sesuai dengan kasus-kasus yang ditemukan pada unit perawatan yang diminati oleh mahasiswa akhir Ners.



## DAFTAR PUSTAKA

Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2006). *Nursing Theory Utilization and Application*. St Louis: Elsevier Mosby.

Conley, T. (2006). *Breaking free from the anxiety trap*. Washington D.C: American Psychological Association, p: 98-105.

Data Rekam Medis (2017). RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Departemen Kesehatan RI. Tahun 2011

Dino A et all (2014) *Efektifitas Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing Dan Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi*. Dari [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=183514&val=6378&title=Diakses pada tanggal 13 Desember 2017](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=183514&val=6378&title=Diakses%20pada%20tanggal%2013%20Desember%202017)

Hawari, D. (2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Henik I, at all (2016) *Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Dan Lama Persalinan Kala I Dan II*. Dari [jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/download/.../154](http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/download/.../154). Diakses pada tanggal 13 Desember 2017

Ibrahim, AS. (2012). *Panik Neurosis dan Gangguan Cemas*. Edisi pertama. Tangerang: Jelajah Nusa.

Johnson, Jy, Temple, Js, & Carr, P. *Nurses Guide To Home Health Prosedures*, Ester, M. (2005) Alih Bahasa). Jakarta: EGC

Kaplan. (2000). *Kecemasan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Kholil Lur Rochman. (2010). *Kesehatan Mental*. Purwokerto: Fajar Media Press

Lasiyati Y, (2015) *Pengaruh Teknik Guided Imagery Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi Sectio Caesarea*. <https://www.google.com/search?q=ejournal.stikes-ppni.ac.id/index.php/keperawatan-bina.../381> Diakses pada tanggal 14 Desember 2017

Manuaba, I.B. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta:EGC

- Nanda, (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015–2017*. Jakarta: EGC.
- Novana Ayu, (2016) Efektivitas Penggunaan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. Dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=393109&val=6378&title>. Diakses pada tanggal 14 Desember 2017
- Nugroho, Taufan. (2010). *Kesehatan Wanita, Gender dan Permasalahannya*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Perry, A.G., Potter, P.A., & Elkin, M.K.(2012). *Nursing Intervention & Clinical Skills* (7<sup>th</sup> Edition). St Louis: Elseiver Mosby.
- Savitri Ramaiah. (2003). *Kecemasan Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Singgih D. Gunarsa. (2008). *Psikologi Perawatan*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Siti Sundari (2004). *Kearah Memahami Kesehatan Mental*. Yogyakarta: PPB FIP UNY.
- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, (2002), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk), EGC, Jakarta.
- Stuart, G., W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (Edisi 5). Jakarta: EGC
- Sulistiyawati, Ari, 2009. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sutardjo Wiramihardja. (2005). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: Refika Aditama.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2010). *Nursing Theorist and Their Work* (7<sup>th</sup> ed). St Louis: Mosby Elsevier Inc.
- Wiknjosastro. (2005). *Ilmu Kebidanan Edisi III*. Jakarta: Yayasan Bina pustaka Sarwana Prawirohardjo.

## Lampiran 1

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. SK DENGAN KISTA OVARIUM DENGAN MENGGUNAKAN APLIKASI TEORI MODEL *KONSEP ADAPTASI ROY*

---

#### 1. PENGKAJIAN

1. Identitas Klien
  - a. Nama : NY. S.K
  - b. Jenis kelamin : Perempuan
  - c. Umur : 44 tahun
  - d. Agama : Islam
  - e. Pendidikan : SLTA
  - f. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
  - g. Suku : Jawa
  - h. Alamat : Jn. Lumba-lumba RT 14 No 31
  - i. Tanggal masuk : 21 November 2107
  - j. Tanggal Pengkajian : 13 November 2017
  - k. Sumber Informasi : Klien dan Keluarga
  - l. Diagnosa Medis : Kista Ovarium

2. Pengkajian Tahap pertama
  - a. Riwayat Penyakit Sekarang

- 1) Keluhan Utama :

Kecemasan menghadapi proses operasi

- 2) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan 4 bulan perut bagian bawah rasa panas dan nyeri. Pasien juga mengeluhkan nyeri perut kanan atas. Selama 4 bulan itu juga pasien mengeluh perdarahan flek-flek tidak pernah berhenti sehingga pasien memeriksakan diri ke rumah sakit. Saat memeriksakan diri ke rumah sakit sekitar 2 bulan yang lalu klien dikatakan menderita kista ovarium dan dianjurkan untuk operasi tetapi klien belum mau operasi karena belum siap. Klien sejak itu tidak pernah kontrol lagi. Rasa nyeri semakin bertambah dalam 1 minggu terakhir, sehingga klien memutuskan untuk

kontrol kembali ke rumah sakit dan tetap dianjurkan untuk operasi sehingga klien memutuskan untuk operasi, kemudian dilakukan pemeriksaan untuk persiapan operasi, nyeri seperti diremas-remas bertambah nyeri bila banyak bergerak. Pasien mengeluh mual-mual, kadang muntah tapi liur saja tidak ada riwayat kencing manis. Pasien juga mengatakan takut dan cemas menghadapi operasi yang akan dihadapinya karena takut saat dibius tidak sadar. Skala cemas berdasarkan penilaian HARS 24 (kecemasan sedang).

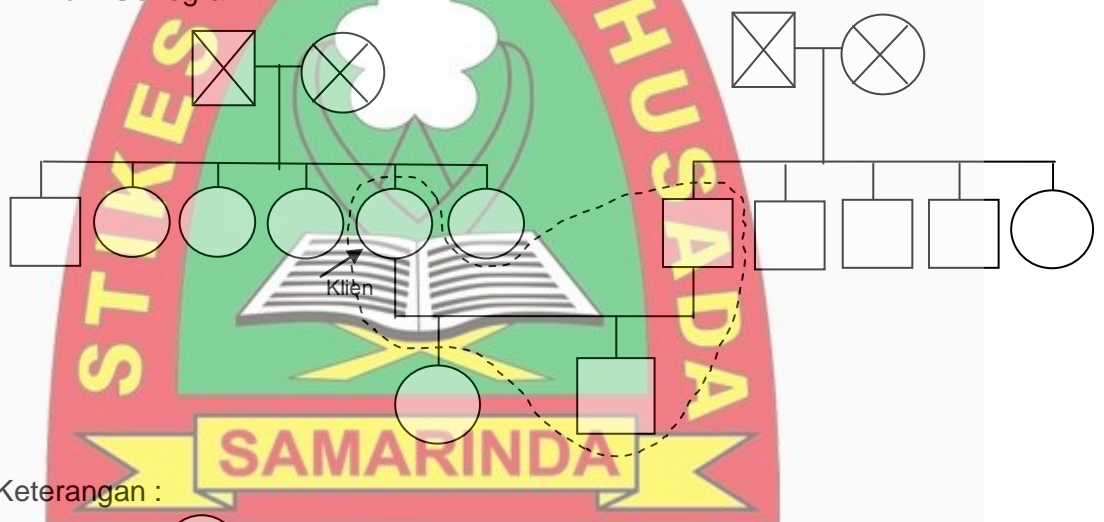
b. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien tidak menderita penyakit hipertensi ataupun kencing manis.

c. Riwayat Penyakit Dalam Keluarga

Keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit seperti yang dialami oleh klien sekarang,

d. Genogram



Keterangan :

-  = Perempuan
-  = Laki-laki
-  = Perempuan meninggal
-  = Laki-laki meninggal
-  = Garis Perkawinan
-  = Garis keturunan
-  = Tinggal serumah

e. Fisiologi

1) Oksigenasi dan ventilasi

a) Pengkajian perilaku

Pasien dapat bernafas spontan, respirasi 22x/menit, tidak sesak, gerakan dada simetris, bunyi napas vesikuler, tidak ada ronchi maupun wheezing, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, tidak sianosis, konjungtiva tidak ananemis, capillary refill < 2detik, bunyi jantung I/II reguler, tidak ada gallop dan murmur. Hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Tidak ada massa pada saluran nafas.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : tidak ada massa yang menghalangi jalan nafas, stiumulus konstektual : pasien dengan diagnosa kista ovarium dengan jalan nafas bersih, stimulus residual tidak ada adaptasi.

2) Nutrisi

a) Pengkajian perilaku

Pasien bisa makan tidak habis 1 porsi, ada mual dan muntah, bising usus 8x/menit. Mukosa oral lembab, bising usus 9x/menit. TB 155 Cm, BB 65 Kg (kesan status Gizi baik).

b) Pengkajian stimulus: tidak ada masalah adaptif

3) Eliminasi

a) Pengkajian perilaku

Buang air besar 1x sehari konsistensi lembek, buang air kecil spontan tanpa kateter 5-6x sehari, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih.

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptif

4) Aktivitas &istirahat

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran komposmentis, terpasang infus di vena perifer, klien bergerak bebas tapi kalau nyeri klien berbaring saja.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : nyeri pada perut  
Stimulus konstektual : massa pada abdomen  
Stimulus residual : nyeri

5) Sense

a) Pengkajian perilaku

penglihatan pasien baik, fungsi pendengaran, fungsi penghidu dan sentuhan klien tidak mengalami kelainan. Klien mengalami nyeri pada perut dengan rasa nyeri seperti diiris-iris, ekspresi meringis, skala nyeri 4, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, RR 22x/ menit. Diberikan injeksi ketorolac 3x1 ampul.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : massa pada abdomen  
Stimulus konstektual : kurangnya efek pemberian terapi analgetik  
Stimulus residual : ketidak tahuan klien melakukan manajemen nyeri.

6) Cairan, elektrolit, dan keseimbangan asam basa

a) Pengkajian perilaku

klien mengeluh mual tidak ada muntah, makan habis setengah porsi minum normal, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 76x/menit, respirasi 22x/menit, mukosa oral lembab, turgor kulit elastis acral hangat, capiraly refil <2 detik, suara paru vesikuler, buang air keci 5-6x sehari, hasil pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Intake cairan adekut.

b) Pengkajian stimulus : tidak ada respon adaptif

7) Fungsi neurologis

a) Pengkajian perilaku

kesadaran komposmentis, klien tidak mengalami disorientasi waktu dan tempat, klientidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi dengan baik

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptif.

Kesadaran komposmentis, klien tidak mengalami disorientasi waktu dan tempat, klien tidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi dengan baik

8) Endokrin

a) Pengkajian perilaku : klien dan keluarga tidak ada riwayat penyakit DM

b) Pengkajian stimulus : tidak ada respon adaptif

f. Konsep diri

3) *Physikal self* (memandang diri sendiri dan berhubungan dengan kehilangan)

c) Sensasi diri : klien mengatakan nyeri pada daerah perut, ekspresi meringis.

d) Gambaran diri : klien menanyakan apakah setelah operasi penyakitnya tidak akan kambuh lagi, berapa lama proses penyembuhannya. Klien menanyakan apakah nanti rahimnya harus diangkat.

4) *Personal self* : klien beragama Islam dan selalu sholat 5 waktu, klien mengatakan ingin sembuh cepat dan tidak lama menderita nyeri lagi. Klien merasa cemas dan khawatir akan menghadapi operasi, takut kalau mati di kamar operasi atau ada terjadi sesuatu saat operasi.

5) *Pengkajian stimulus*

Stimulus fokal : adanya ancaman status kesehatan saat ini

Stimulus konstektual : perasaan tidak berdaya, pasien berada dalam kecemasan

Stimulus residual : berusaha meyakinkan diri kalau akan sembuh dari penyakitnya.

g. Fungsi peran

1) Pengkajian perilaku

Klien merupakan seorang isteri dengan 2 orang anak, klien tidak bekerja hanya sebagai ibu rumah tangga. Selama sakit klien lebih banyak di rumah pekerjaan rumah banyak dikerjakan oleh anak-anak.

2) Pengkajian stimulus

Stimulus fokal : adanya ancaman perubahan kesehatan

Stimulus residual : ketidakmampuan klien dalam menjalani fungsi sebagai ibu rumah tangga.

h. Mode adaptasi interdependensi

1) Pengkajian perilaku

Klien selalu di temani oleh suami dan anak saat di rumah sakit.

Suami dan anak-anak selalu memberi perhatian pada klien dan selalu mendampingi klien. Klien merasa senang dan agak tenang karena suami dan anak-anak menemani di rumah sakit.

2) Pengkajian stimulus : semua perilaku adaptif

**2. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**Pre Operasi :**

a. Masalah fisiologis

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
2. Mual berhubungan dengan peningkatan asam lambung

b. Masalah Konsep Diri

Cemas berhubungan dengan ancaman status saat ini

**Post Operasi**

Masalah Fisiologis

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka pembedahan.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.



### 3. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
1.	<p><b>Ansietas (00146)</b> Domain 9 (koping / toleransi stress), Kelas 2 (respon koping)</p> <p>Definisi: perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar di sertai respon automom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perilaku <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agitasi</li> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Insomnia</li> <li>▪ Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup</li> </ul> </li> <li>• Afektif <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Gugup</li> <li>▪ Sangat khawatir</li> </ul> </li> <li>• Fisiologis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemetar</li> <li>▪ Peningkatan keringat</li> <li>▪ Peningkatan ketegangan</li> <li>▪ Wajah tegang</li> </ul> </li> <li>• Simpatis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anoreksia</li> </ul> </li> <li>• Parasimpatis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dorongan segera berkemih</li> <li>▪ Gangguan pola tidur</li> <li>▪ Mual</li> <li>▪ Nyeri abdomen</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat kecemasan (1211) Definisi : Keparahan dari tanda-tanda ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam tingkat kecemasan dengan skala indikator :</li> <li>• Tidak dapat beristirahat 1 2 3 4 5</li> <li>• Berjalan mondar mandir 1 2 3 4 5</li> <li>• Meremas-remas tangan 1 2 3 4 5</li> <li>• Distres 1 2 3 4 5</li> <li>• Perasaan gelisah 1 2 3 4 5</li> <li>• Otot tegang 1 2 3 4 5</li> <li>• Wajah tegang 1 2 3 4 5</li> <li>• Iritabilitas 1 2 3 4 5</li> <li>• Tidak bisa mengambil keputusan 1 2 3 4 5</li> <li>• Kesulitan berkonsentrasi 1 2 3 4 5</li> <li>• Rasa takut yang di sampaikan secara lisan 1 2 3 4 5</li> </ul>	<p><b>Pengurangan Kecemasan (5820)</b></p> <p><b>Definisi :</b> mengurangi tekanan, ketakutan, firasat, maupun ketidaknyamanan terkait dengan sumber-sumber bahaya yang tidak teridentifikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan</li> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</li> <li>4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> <li>5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</li> <li>7. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi</li> <li>8. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>9. Identifikasi tingkat kecemasan</li> <li>10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li> <li>11. Dorong pasien</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pusing</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ancaman terhadap status saat ini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasa cemas yang disampaikan secara lisan 1 2 3 4 5</li> <li>• Peningkatan tekanan darah 1 2 3 4 5</li> <li>• Peningkatan frekuensi nadi 1 2 3 4 5</li> <li>• Peningkatan frekuensi pernafasan 1 2 3 4 5</li> <li>• Berkeringat dingin 1 2 3 4 5</li> <li>• Gangguan tidur 1 2 3 4 5</li> <li>• Gangguan pola makan 1 2 3 4 5</li> </ul> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat</li> <li>2. Cukup berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrol Kecemasan Diri (1402) Definisi: tindakan pribadi untuk menghilangkan atau mengurangi rasa ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi</li> </ul> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam ansietas klien teratasi dengan skala indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau intensitas kecemasan 1 2 3 4 5</li> </ul>	<p>untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</p> <p>12. Kelola pemberian obat anti cemas</p>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi penyebab kecemasan 1 2 <b>3</b> 4 5</li> <li>• Mencari informasi untuk mengurangi kecemasan 1 2 <b>3</b> 4 5</li> <li>• Merencanakan strategi koping untuk situasi yang menimbulkan stres 1 2 <b>3</b> 4 5</li> <li>• Menggunakan strategi koping yang efektif 1 2 <b>3</b> 4 5</li> <li>• Menggunakan tehnik relaksasi untuk mengurangi kecemasan 1 2 <b>3</b> 4 5</li> <li>• Mempertahankan hubungan sosial 1 2 3 <b>4</b> 5</li> <li>• Mempertahankan tidur adekuat 1 2 3 <b>4</b> 5</li> <li>• Mengendalikan respon kecemasan 1 2 3 <b>4</b> 5</li> </ul> <p>Keterangan Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah dilakukan</li> <li>2. Jarang di lakukan</li> <li>3. Kadang-kadang dilakukan</li> <li>4. Sering dilakukan</li> <li>5. Di lakukan secara konsisten Koping (1302)</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definisi : Tindakan pribadi untuk mengelola stres yang membebani kemampuan individu</li> <li>• Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam</li> </ul>	

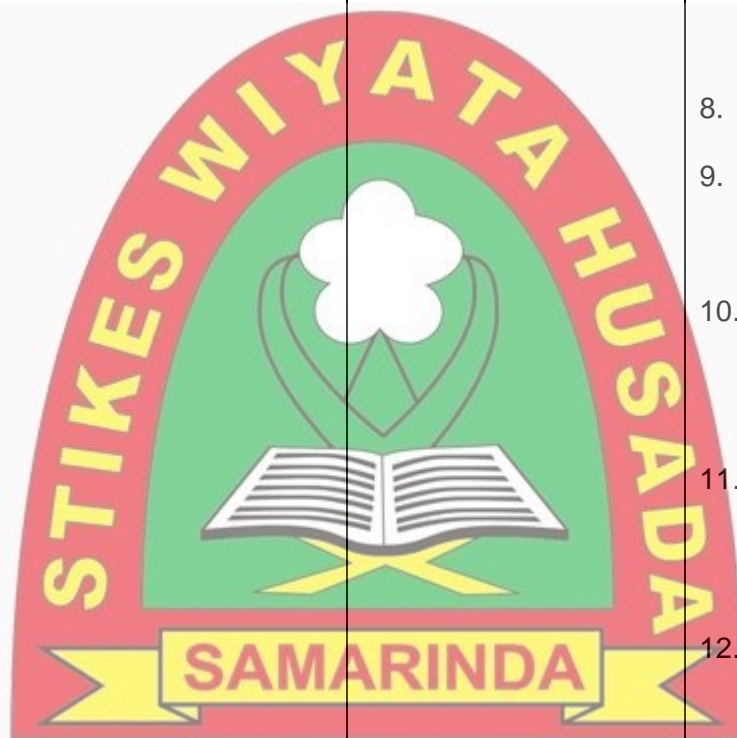
NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
		2x24jam koping klien dengan skala indikator : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyatakan perasaan akan kontrol diri 1 2 3 4 5</li> <li>• Melaporkan pengurangan stres 1 2 3 4 5</li> <li>• Menghindari situasi stres yang terlalu banyak 1 2 3 4 5</li> <li>• Menyatakan butuh bantuan 1 2 3 4 5</li> <li>• Melaporkan penurunan gejala fisik akibat stres 1 2 3 4 5</li> <li>• Melaporkan kenyamanan psikologi 1 2 3 4 5</li> </ul> Keterangan skala : <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tidak pernah menunjukkan</li> <li>7. Jarang menunjukkan</li> <li>8. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>9. Sering menunjukkan</li> <li>10. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol>	
2.	<b>Mual</b> Domain 12 (Kenyamanan) Kelas 1 (Kenyamanan Fisik) Definisi : Suatu fenomena subyektif tentang rasa tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung, yang dapat dan tidak dapat mengakibatkan muntah Batasan Karakteristik : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keengganan terhadap makanan</li> <li>• Mual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrol mual dan muntah (1618)</li> <li>• Definisi : tindakan personal untuk mengontrol mual, muntah-muntah dan gejala muntah</li> <li>• Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jm di harapkan</li> <li>• Mengenal onset mual 1 2 3 4</li> <li>• Mendeskripsikan faktor penyebab 1 2</li> </ul>	<b>Pengurangan Kecemasan (5820)</b>  <b>Definisi :</b> mengurangi tekanan, ketakutan, firasat, maupun ketidaknyamanan terkait dengan sumber-sumber bahaya yang tidak teridentifikasi  1. Gunakan pendekatan yang

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensasi muntah</li> <li>Faktor yang Berhubungan</li>   <li>Situasional</li> <li>• Ansietas</li> </ul>	<p>3 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengenalinya pencetus stimulus (muntah)</li> <li>• 1 2 3 4</li> <li>• Menghindari faktor-faktor penyebab bila mungkin 1 2 3 4</li> <li>• Melaporkan mual, muntah yang terkontrol</li> <li>• Keterangan :</li> <li>• Tidak pernah ditunjukkan</li> <li>• Jarang ditunjukkan</li> <li>• Kadang-kadang ditunjukkan</li> <li>• Sering ditunjukkan</li> <li>• Secara konsisten ditunjukkan</li> </ul>	<p>menenangkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien</li> <li>3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur</li> <li>4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</li> <li>5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien</li> <li>7. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan teknik relaksasi</li> <li>8. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>9. Identifikasi tingkat kecemasan</li> <li>10. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan</li> <li>11. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi</li> <li>12. Kelola pemberian obat anti cemas</li> </ol> <p><b>Manajemen mual (1450)</b>  <b>Definisi :</b> pencegahan dan penanggulangan mual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong pasien</li> </ol>

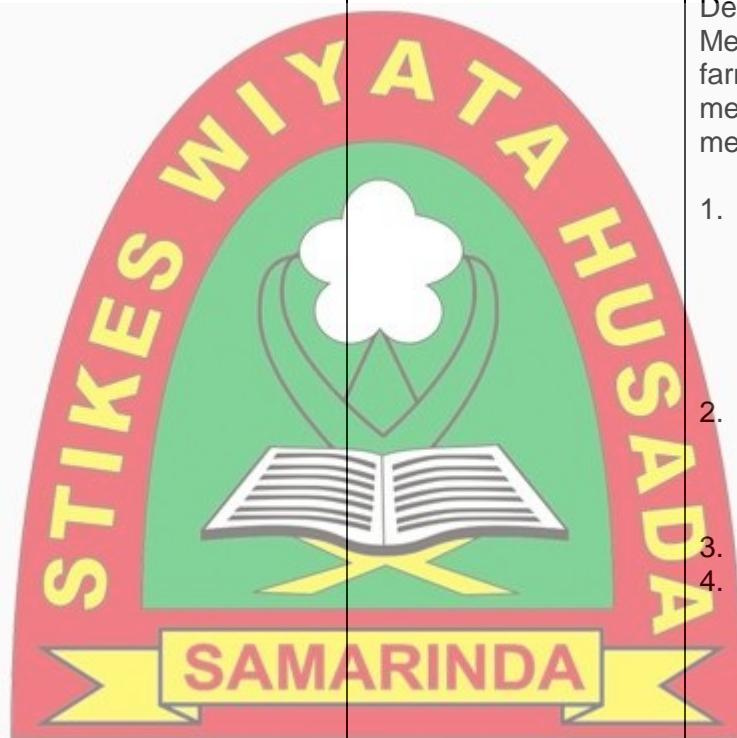
NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
			<p>memantau pengalaman diri terhadap mual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dorong pasien melakukan strategi mengatasi mual</li> <li>3. Observasi tanda-tanda nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>4. Ajari tehnik nonfarmakologi misalnya relaksasi nafas dalam, terapi musik, imajinasi terbimbing.</li> <li>5. Tingkatkan istirahat tidur.</li> </ol>
3.	<p><b>Nyeri akut (00132)</b>            Domain 12 (kenyamanan)            Kelas 1 (kenyamanan fisik)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung , 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan selera makan</li> <li>• Perubahan dalam parameter fisiologik ( mis: TD, nadi, pernapasan, saturasi O2)</li> <li>• Diaporesis</li> <li>• Bukti nyeri menggunakan standar checklist perilaku</li> </ul>	<p><b>NOC :</b>  <b>Kontrol nyeri (1605)</b></p> <p>Definisi : Tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri</p> <p>Nyeri terkontrol selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengenal faktor-faktor penyebab (1, 2,3,4,5)</li> <li>▪ Mengenal onset nyeri (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Tindakan pertolongan non farmakologi (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Menggunakan analgetik yang direkomendasikan (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Melaporkan gejala-gejala nyeri kepada tim kesehatan (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Nyeri terkontrol (1,2,3,4,5)</li> </ul> <p>Indikator skala:</p>	<p><b>NIC :</b>  <b>Manajemen nyeri (1400)</b></p> <p>Definisi : pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor pencetus</li> <li>2. monitor respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.</li> <li>3. Pastikan pasien menerima perawatan analgetik dengan tepat.</li> <li>4. Gunakan strategi komunikasi yang</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
	<p>nyeri untuk mereka yang tidak mampu berkomunikasi secara verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengekspresikan perilaku (mis: gelisah, menangis, waspada)</li> <li>• Sikap melindungi area nyeri</li> <li>• Posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>• Perilaku melindungi</li> <li>• Melaporkan perilaku nyeri</li> <li>• Laporan diri menggunakan skala nyeri yang standart ( mis:skala wajah wong baker, skala nilai numerik)</li> </ul> <p>Faktor yang berhubungan: Agen cedera biologi neoplasma.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak pernah menunjukkan</li> <li>2. jarang menunjukkan</li> <li>3. kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. sering menunjukkan</li> <li>5. secara konsisten menunjukkan</li> </ol> <p><b>Tingkat nyeri (2102)</b> Definisi : keparahan nyeri yang diamati atau dilaporkan Nyeri berkurang selama 3x24 jam, dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melaporkan nyeri (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Frekuensi nyeri (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Lamanya episode nyeri (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Ekspresi nyeri; wajah (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Perubahan respirasi rate (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Perubahan tekanan darah (1,2,3,4,5)</li> <li>▪ Kehilangan nafsu makan (1,2,3,4,5)</li> </ul> <p>Indikator skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berat</li> <li>2. Cukup berat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Ringan</li> <li>5. Tidak ada</li> </ol>	<p>efektif untuk mengetahui respon penerimaan pasien terhadap nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Evaluasi keefektifan penggunaan kontrol nyeri</li> <li>6. Monitoring perubahan nyeri baik aktual maupun potensial.</li> <li>7. Sediakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>8. Kurangi faktor-faktor yang dapat menambah ungkapan nyeri.</li> <li>9. Ajarkan penggunaan tehnik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung .</li> <li>10. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri.</li> <li>11. Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.</li> </ol> <p><b>Manajemen pengobatan (2380)</b> Definisi : Fasilitasi penggunaan yang aman dan efektif resep dan obat bebas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan obat yang dibutuhkan pasien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/ dosis.</li> <li>2. Monitor efek teraupetik dari pengobatan.</li> <li>3. Monitor tanda dan</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
			<p>gejala serta efek samping dari obat.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor interaksi obat.</li> <li>5. Ajarkan pada pasien keluarga cara mengatasi efek samping pengobatan.</li> <li>6. Pengelolaan analgetik</li> <li>7. Periksa perintah medis tentang obat, dosis &amp; frekuensi obat analgetik.</li> <li>8. Periksa riwayat alergi pasien.</li> <li>9. Pilih obat berdasarkan tipe dan beratnya nyeri.</li> <li>10. Pilih cara pemberian IV atau IM untuk pengobatan, jika mungkin.</li> <li>11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik.</li> <li>12. Kelola jadwal pemberian analgetik yang sesuai.</li> <li>13. Evaluasi efektifitas dosis analgetik, observasi tanda dan gejala efek samping, misal depresi pernafasan, mual &amp; muntah, mulut kering, &amp; konstipasi.</li> <li>14. Kolaborasi dgn dokter untuk obat, dosis &amp; cara pemberian yg</li> </ol>



NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
			<p>diindikasikan.</p> <p>15. Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan.</p> <p>16. Berikan obat dengan prinsip 5 benar</p> <p><b>Pemberian Analgesik (2210)</b>            Definisi :            Menggunakan agen farmakologik untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> <li>4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu</li> <li>5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri</li> <li>6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal</li> <li>7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur</li> </ol>

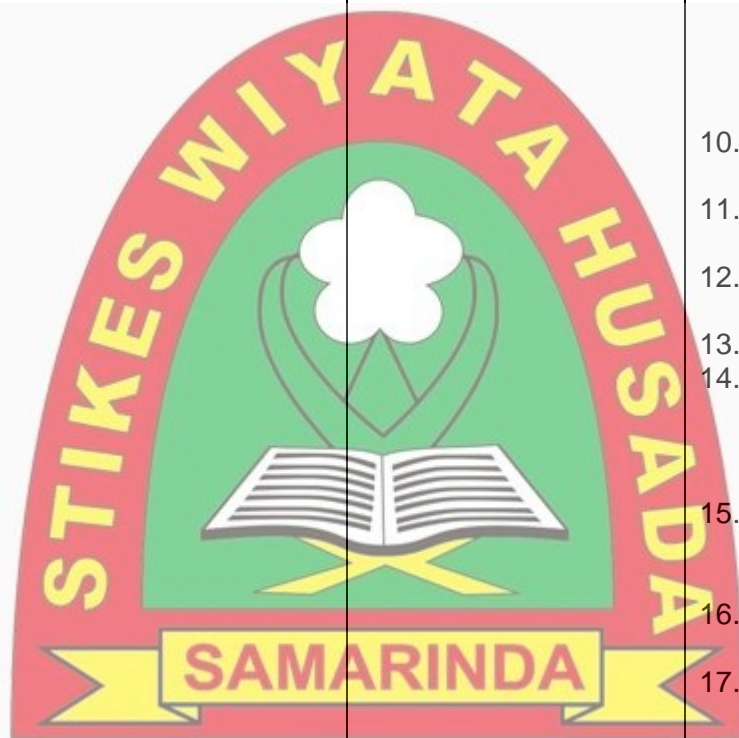


NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
			8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali 9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat 10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
4.	<p><b>Gangguan mobilitas fisik (00085)</b>            Domain 4 (Aktivitas / istirahat)            Kelas 2 (Aktivitas / latihan)</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam kebebasan untuk pergerakan fisik tertentu pada bagian tubuh atau satu atau lebih ekstremitas</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Postur tubuh yang tidak stabil selama melakukan kegiatan rutin harian</li> <li>• Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar</li> <li>• Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus</li> <li>• Keterbatasan ROM</li> <li>• Kesulitan berbalik (belok)</li> <li>• Usaha yang kuat untuk perubahan gerak (peningkatan perhatian untuk aktivitas lain, mengontrol perilaku,</li> </ul>	<p><b>NOC ; Pergerakan (0208)</b>  <b>Definisi :</b>            Kemampuan untuk bisa bergerak bebas di tempat dengan atau tanpa alat bantu            Mobilitas klien dapat meningkat dalam waktu 3x24 jam dengan kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keseimbangan (1,2,3,4,5)</li> <li>• Koordinasi (1,2,3,4,5)</li> <li>• Cara berjalan (1,2,3,4,5)</li> <li>• Gerakan otot (1,2,3,4,5)</li> <li>• Gerakan sendi (1,2,3,4,5)</li> <li>• Berlari (1,2,3,4,5)</li> <li>• Melompat (1,2,3,4,5)</li> <li>• Merangkak (1,2,3,4,5)</li> <li>• Berjalan (1,2,3,4,5)</li> <li>• Bergerak dengan mudah (1,2,3,4,5)</li> </ul> <p>Keterangan skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sangat terganggu</li> <li>2. Banyak terganggu</li> <li>3. Cukup terganggu</li> </ol>	<p><b>NIC : Terapi latihan: ambulasi (0221)</b>            Definisi : promosi dan bantuan dengan berjalan untuk menjaga atau mengembalikan fungsi tubuh otonom dan sukarela selama pengobatan dan pemulihan dari penyakit atau cedera</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
	<p>fokus dalam anggapan Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak nyaman, nyeri</li> </ul>	<p>4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu</p> <p><b>Mobility (0208)</b></p> <p>Definisi : kemampuan untuk bergerak sengaja di lingkungan sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu Mobilitas klien dapat meningkat dalam waktu 3x24 jam dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keseimbangan (1,2,3,4,5)</li> <li>• Koordinasi (1,2,3,4,5)</li> <li>• Pergerakan otot (1,2,3,4,5)</li> <li>• Posisi tubuh (1,2,3,4,5)</li> </ul> <p>Indikator skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terancam</li> <li>2. Substansial dapat dikompromikan</li> <li>3. Cukup dapat di kompromikan</li> <li>4. Sedikit dapat dikompromikan</li> <li>5. Tidak ada kompromi</li> </ol>	<p>ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</li> <li>7. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps.</li> <li>8. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan</li> <li>9. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ol>
5.	<p><b>Resiko infeksi (00004)</b> Domain 11 (keamanan / perlindungan) Kelas 1 (infeksi)</p> <p>Definisi : Peningkatan resiko masuknya organisme patogen</p> <p>Faktor-faktor resiko : Prosedur Infasif</p>	<p><b>NOC :</b> <b>Kontrol resiko (1902)</b></p> <p>Definisi : indakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman infeksi</p> <p>Klien dan keluarga mampu menunjukkan kemampuan mencegah infeksi dalam waktu 3x24 jam dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi faktor risiko infeksi 1,2,3,4,5</li> <li>• Mengetahui perilaku</li> </ul>	<p><b>NIC :</b> <b>Kontrol Infeksi (6540)</b></p> <p>Definisi : meminimalkan perolehan dan transmisi dari agen infeksius</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Pertahankan teknik isolasi</li> <li>3. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
		<p>yang berhubungan dengan risiko infeksi 1,2,3,4,5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi 1,2,3,4,5</li> <li>• Mempertahankan lingkungan yang bersih 1,2,3,4,5</li> <li>• Mencuci tangan 1,2,3,4,5</li> </ul> <p>Indikator skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah menunjukkan</li> <li>2. Jarang menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol>	<p>berkunjung meninggalkan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan</li> <li>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</li> <li>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>11. Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>12. Berikan terapi antibiotik bila perlu</li> </ol> <p><b>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi) (6550)</b>  Definisi: pencegahan dan deteksi mudah terhadap infeksi pada pasien yang beresiko</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>2. Monitor hitung granulosit, WBC</li> <li>3. Monitor kerentanan terhadap infeksi</li> <li>4. Batasi pengunjung</li> </ol>

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)
			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular</li> <li>6. Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko</li> <li>7. Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>8. Berikan perawatan kuliat pada area epidema</li> <li>9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>10. Ispeksi kondisi luka / insisi bedah</li> <li>11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup</li> <li>12. Dorong masukan cairan</li> <li>13. Dorong istirahat</li> <li>14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep</li> <li>15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</li> <li>16. Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>17. Laporkan kecurigaan infeksi</li> <li>18. Laporkan kultur positif</li> </ol>



#### 4. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

##### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Ny. S.K  
Ruang : Mawar

Umur : 44 tahun

HARI/TGL	No. Dx	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
Selasa, 21 Nov 2017 Jam 15.00	1	<p>1.1. Mengkaji tingkat kecemasan E.P klien mengatakan rasa takut menghadapi operasi, ekspresi tegang, skala cemas 24 (kece-masan sedang)</p> <p>1.2. Mengadakan pendekatan dengan klien E.P klien kooperatif</p> <p>1.3. Menjelaskan prosedur-prosedur yang akan dialami klien selama dan setelah operasi E.P klien mendengarkan dengan cermat.</p> <p>1.4. Melibatkan keluarga untuk mendampingi klien E.P keluarga klien terutama suami selalu mendampingi klien</p> <p>1.5. Mengajarkan klien mengurangi cemas dengan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing E.P klien melakukan seperti yang di ajarkan oleh perawat</p> <p>1.6. Menganjurkan klien beristirahat E.P klien berbaring saja di tempat tidur.</p>	<p>Selasa, 21 Nov 2017 jam 17.00</p> <p>S. Klien mengatakan masih rasa takut tetapi sudah berkurang dari yang tadi, sudah tidak berdebar-debar lagi, tidak gelisah</p> <p>O. Ekspresi rileks, klien tidak banyak bertanya lagi, Tensi 120/90, nadi 76x/menit, RR 20x/menit, skala cemas 20 (kecemasan ringan)</p> <p>A. Kecemasan menjadi sala ringan</p> <p>P. Lanjutkan intervensi : mengkaji tingkat cemas, tetap melakukan pendekatan terhadap klien, mempertahankan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing</p>	

<p>Selasa, 21 Nov 2107 jam 15.00</p>	<p>2.</p>	<p>2.1 Mengadakan pendekatan dengan klien E.P. klien dan keluarga kooperatif</p> <p>2.2 Menjelaskan prosedur-prosedur yang akan dijalani oleh klien E.P klien mendengarkan dengan cermat</p> <p>2.3 Mengajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam dan imajinasi terbimbing E.P klien melakukan seperti yang diajarkan</p> <p>2.4 Memantau makan klien E.P klien hanya menghabiskan makan setengah porsi</p> <p>2.5 Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering.</p>	<p>Rabu, 22 Nov 2107 jam 15.10</p> <p>S. Klien mengatakan rasa mual masih tetapi sudah berkurang, tidak ada nyeri ulu hati</p> <p>O. Klien rileks, tidak ada muntah, klien masih puasa</p> <p>A. Masalah mual berkurang</p> <p>P. Lanjutkan intervensi tehnik relaksasi bila mual muncul</p>	
<p>Selasa, 21 Nov 2017 jam 15.00</p>	<p>3.</p>	<p>3.1 Mengkaji nyeri E.P klien mengatakan nyeri pada daerah perut, rasa nyeri seperti diiris-iris, muncul terus menerus terutama bila bergerak banyak, skala nyeri 5</p> <p>3.2 Memonitor respon ketidaknyamanan klien E.P ekspresi meringis terutama bila klien bergerak</p> <p>3.3 Memonitor perubahan nyeri</p> <p>3.4 Mengajarkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam bila nyeri E.P klien menarik nafas dalam seperti</p>	<p>Rabu, 22 Nov 2107 Jam 15.20</p> <p>S. klien mengatakan nyeri masih tetapi sudah berkurang,nyeri masih hilang timbul, skala nyeri 4</p> <p>O. Ekspresi kadang masi meringis tensi 120/90, nadi 76x/menit, RR 20x/menit</p> <p>A. Nyeri masih nyeri ringan</p> <p>P. Lanjutkan intervensi : mengkaji</p>	

		yang diajarkan	nyeri secara komprehensif mengobservasi tanda-tanda vital, mempertahankan tehnik relaksasi, kolaborasi analgetik
Rabu, 22 Nov 2017 jam 07.30	1.	<p>1.1. Mengkaji tingkat kecemasan E.P skala cemas 16 (cemas ringan)</p> <p>1.2. Mengukur tanda-tanda vital E.P tensi 120/80, nadi 80x/menit, suhu 36,5°C, RR 20x/menit</p> <p>1.3. Mengulang kembali tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing E.P klien mengikuti seperti yang diajarkan dengan menarik nafas dalam sambil memejamkan mata dan mendengarkan musik instrumental alam.</p> <p>1.4. Medampingi klien saat kekamar operasi</p>	<p>Rabu, 22 Nov 2107 jam 17.00</p> <p>S. Klien mengatakan sudah lega setelah operasi dan proses berjalan dengan naik rasa takut sudah tidak ada, hanya klien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 6, klien mengatakan susah bergerak bila bergerak rasa nyeri,</p> <p>O. Wajah klien kadang meringis, klien hanya berbaring di tempat tidur, skala cemas menjadi 10 (tidak ada kecemasan tensi 120/70, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, suhu 36,7°C</p> <p>A. Masalah cemas menjadi tidak ada kecemasan,</p>

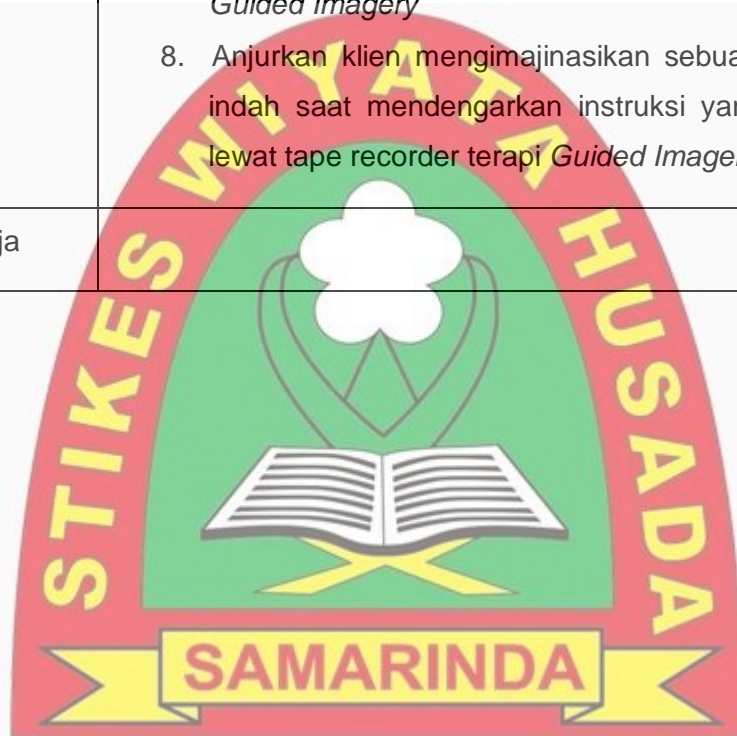
			skal nyeri bertambah karena ada luka operasi,	
Rabu, 22 Nov 2017 Jam 17.00 (post operasi)	1.	<p>1.1. Mengkaji nyeri E.P klien mengatakan nyeri pada daerah perut, rasa nyeri seperti diiris-iris, muncul terus menerus terutama bila bergerak banyak, skala nyeri 5</p> <p>1.2. Memonitor respon ketidaknyamanan klien E.P ekspresi meringis terutama bila klien bergerak</p> <p>1.3. Memonitor perubahan nyeri</p> <p>1.4. Mengulang tehnik relaksasi tarik nafas dalam bila nyeri E.P klien menarik nafas dalam seperti yang diajarkan</p> <p>1.5. Memberikan analgetik sesuai instruksi keterolac 1 ampul</p>	<p>Kamis, 23 Nov 2017 jam 15.00</p> <p>S. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang, hanya kalau bergerak saja nyeri, skala nyeri 3</p> <p>O. Ekspresi rileks, tensi 120/80, nadi 80x/menit, suhu 36,7<sup>0</sup>C, RR 19x/menit</p> <p>A. Nyeri ringan</p> <p>P. Lanjutkan intervensi mengobservasi tanda-tanda vital, pertahankan tehnik relaksasi, memberi analgetik sesuai instruksi</p>	
Rabu, 22 Nov 2017 Jam 17.00 (Post Operasi)	2.	<p>2.1. Monitor tanda-tanda vital E.P tensi 120/80 mmHg, suhu 36,70C, RR 19x/menit</p> <p>2.2. Melibatkan keluarga dalam pendampingan klien E.P keluarga membantu klien dalam mobilisasi</p> <p>2.3. Menganjurkan klien tetap menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam bila nyeri saat bergerak</p>	<p>Kamis, 23 Nov 2017 jam 17.00</p> <p>S. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang sehingga mulai bisa duduk tetapi belum berjalan, skala nyeri 3</p> <p>O. Klien tampak duduk di tempat tidur, ekspresi rileks Tensi 120/90,</p>	

		<p>E.P klien terlihat menarika nafas dalam bila bergerak</p> <p>2.4. Memberikan analgetik ketorolac1 amp</p>	<p>nadi 84x/menit, suhu 36,6<sup>0</sup>C, RR 20x/menit</p> <p>A. Masalah hambatan mobilitas fisik klien sudah mulai bisa mobilisasi duduk</p> <p>P. lanjutkan intervensi bantu mobilisasi klien, tetap menganjurkan tehnik relaksasi nafas dalam bila nyeri saat bergerak</p>	
<p>Rabu, 22 Nov 2017 Jam 17.00 (Post operas)</p>	3	<p>3.1. Menganjurkan klien dan keluarga selalu mencuci tangan E.P klien dan keluarga bisa mencuci tangan dan melakukan cuci tangan</p> <p>3.2. Mencuci tangan setiap melakukan tindakan pada pasien</p> <p>3.3. Mempertahankan tehnik aseptik</p> <p>3.4. Menjaga kebersihan lingkungan pasien</p> <p>3.5. Memantau tanda-tanda vital E.P tensi 130/90 mmHg, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 80x/menit, RR 20x/menit</p> <p>3.6. Memberikan antibiotik Cefotaxim 3x1 gr.</p>	<p>Jumat, 24 Nov 2017 jam 08.00</p> <p>S. -</p> <p>O. Tensi 130/90 mmHg, suhu 36,5<sup>0</sup>C, nadi 80x/menit, RR 20x/menit, luka tidak kemerahan, tidak ada pus</p> <p>A. Tidak terjadi infeksi pada luka pasien</p> <p>P. Lanjutkan intervensi saat pasien pulang instruksikan agar kontrol rutin, luka jangan basah, makan makanan tinggi protein seperti ikan dan telur, minum obat terutama antibiotik sampai habis.</p>	

Lampiran 2

 <b>PROSEDUR</b>	<b>TERAPI RELAKSASI <i>GUIDED IMAGERY</i></b>		
	NO. DOKUMEN	NO. REVISI	HALAMAN
Pengertian	Merupakan salah satu teknik relaksasi dan distraksi yang mampu membuat tubuh menjadi rileks, mengurangi ketegangan otot dan kecemasan.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan relaksasi otot</li> <li>2. Mengurangi stres, baik stres fisik maupun emosional</li> <li>3. Membantu menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (kecemasan)</li> </ol>		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan kecemasan /ansietas</li> <li>2. Klien dengan nyeri</li> </ol>		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Tahap Pra Interaksi               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melihat data nyeri yang lalu</li> <li>2. Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat</li> <li>3. Mengkaji terapi yang diberikan oleh dokter</li> <li>4. Mencuci tangan</li> </ol> </li> <li>B. Tahap Oreintasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam dan menyapa nama klien</li> <li>2. Menanyakan cara yang biasa di gunakan agar rileks dan tempat yang disukai</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> <li>4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien</li> </ol> </li> <li>C. Tahap Kerja               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instruksikan klien untuk berbaring dalam posisi semi fowler</li> <li>2. Anjurkan klien berbaring dengan tenang dan nyaman</li> </ol> </li> </ol>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan kepada klien tujuan, manfaat dan tatacara terapi <i>Guided Imagery</i></li> <li>4. Anjurkan klien untuk bernapas secara perlahan dan teratur selama terapi <i>Guided Imagery</i></li> <li>5. Anjurkan klien untuk menarik dan menghembuskan napas secara rileks selama terapi <i>Guided Imagery</i></li> <li>6. Instruksikan klien untuk mendengarkan rekaman terapi <i>Guided Imagery</i> melalui Tape Recorder yang disediakan</li> <li>7. Anjurkan klien untuk memejamkan mata selama terapi <i>Guided Imagery</i></li> <li>8. Anjurkan klien mengimajinasikan sebuah tempat yang indah saat mendengarkan instruksi yang didengarkan lewat tape recorder terapi <i>Guided Imagery</i></li> </ol>
Unit Kerja	



## Lampiran 3

### Leaflet Konsep Imajinasi Terbimbing

#### Konsep Imajinasi Terbimbing (Gueded Imagery)

##### Apa itu Konsep Imajinasi Terbimbing

Konsep Imajinasi Terbimbing adalah: Metode non farmakologi yang terbukti efektif dalam meringankan nyeri adalah imajinasi terpimpin. Imajinasi terpimpin merupakan teknik relaksasi yang dapat memberikan kontrol pada pasien

##### Manfaat Imajinasi terbimbing:

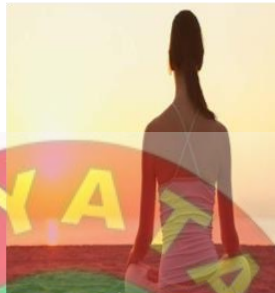
1. Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan
2. Menurunkan ketegangan otot
3. Meningkatkan kesadaran global
4. Mengurangi perhatian terhadap stimulasi lingkungan
5. Membuat tidak adanya perubahan posisi yang volunter
6. Meningkatkan perasaan damai dan sejahtera
7. Menjadikan periode kewaspadaan yang santai, terjaga dan dalam

#### Tujuan

1. Meningkatkan relaksasi otot
2. Mengurangi stres, baik stres fisik maupun emosional
3. Membantu menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot

#### Apa yang perlu diperhatikan ketika melakukan Gueded Imagery??

- a. Kaji suatu imajinasi keadaan yang membuat pasien senang dan rileks seperti suasana keindahan gunung, deburan ombak, pesona air terjun, dan kebersamaan dengan keluarga tercinta. Pilihlah imajinasi yang menggunakan sedikitnya dua indera
- b. Bimbing pasien untuk bernapas secara rileks
- c. Bimbing pasien untuk melakukan relaksasi progresif
- d. Mulai bimbing pasien untuk easuki imajinasi yang telah disepakati di awal dan secara perlahan mendeskripsikan mengalami imajinasi tersebut
- e. Selesaikan terapi imajinasi ini dengan menghitung 1 sampai 3 dan bimbing pasien untuk mengatakan "Saya rileks"



#### BAGAIMANA CARA MELAKUKAN GUIDED IMAGERY

##### A. Tahap Pra Interaksi

1. Melihat data nyeri yang lalu
2. Melihat intervensi keperawatan yang diberikan perawat
3. Mengkaji terapi yang diberikan oleh dokter

##### 4. Mencuci tangan

##### B. Tahap Oreintasi

1. Memberikan salam dan menyapa nama klien
2. Menanyakan cara yang biasa di gunakan agar rileks dan tempat yang disukai
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur
4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien

##### C. Tahap Kerja

1. Instruksikan klien untuk berbaring dalam posisi semi fowler

2. Anjurkan klien berbaring dengan tenang dan nyaman

3. Jelaskan kepada klien tujuan, manfaat dan tatacara terapi *Guided Imagery*

4. Anjurkan klien untuk bernapas secara perlahan dan teratur selama terapi *Guided Imagery*

5. Anjurkan klien untuk menarik dan menghembuskan napas secara rileks selama terapi *Guided Imagery*

6. Instruksikan klien untuk mendengarkan rekaman terapi *Guided Imagery* melalui Tape Recorder yang disediakan

7. Anjurkan klien memejamkan mata selama terapi *Guided Imagery*

8. Anjurkan klien mengimajinasikan sebuah tempat yang indah saat mendengarkan instruksi yang didengarkan lewat tape recorder terapi *Guided Imagery*

#### IMAJINASI TERBIMBING (GUIDED IMAGERY)



Oleh:  
ERMINA TUKAU

PROGRAM PROFESI NERS  
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA  
2017

Lampiran 4

**LEMBAR CHECK LIST OBSERVASI PELAKSANAAN  
TEKNIK RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING**

No	NAMA	TANGGAL	PRE		POST	
			JAM	SKALA CEMAS	JAM	SKALA CEMAS
1.	Ny.S	13 November 2017	17.00	25	18.00	17
		14 November 2017	07.30	15	08.30	9
2.	Ny. P	14 November 2017	17.00	25	18.00	18
		15 November 2017	07.30	14	08.30	9
3.	Ny. SK	21 November 2017	17.00	24	18.00	18
		22 November 2017	07.30	14	08.30	10
4.	Ny. I	24 November 2017	17.00	23	19.00	17
		25 November 2017	07.30	14	08.30	8
5.	Nn. C	28 November 2017	17.00	25	19.00	18
		29 November 2017	07.30	15	08.30	10



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEPERAWATAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, suami/istri/anak dari pasien yang bernama :

Nama : .....(Laki/Perempuan)

Umur : .....

Alamat : .....

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah mengetahui tujuan dan tindakan khusus yang akan dilakukan berupa : .....

Maka kami menyatakan tidak keberatan untuk dilakukan tindakan tersebut diatas, setelah mendapatkan keterangan yang diberikan.

Demikian persetujuan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan tidak ada paksaan dari manapun juga.

Samarinda, November 2017



**Mengetahui,**

**Mahasiswa**

**Yang Membuat Pernyataan**

( )

( )

Lapiran 6

**A. Kuesioner Tingkat Kecemasan– HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)**

Berilah tanda Check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden. Jawaban boleh lebih dari 1 (satu).Masing-masing nilai angka (*score*) dari ke 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (*score*):

Kurang dari 14 = Tidak ada kecemasan

14-20 = Kecemasan ringan

21-27 = Kecemasan sedang

28-41 = Kecemasan berat

42-56 = Panik

No	Gejala Kecemasan	Nilai Angka ( <i>score</i> )				
		0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas <input type="checkbox"/> Firasat buruk <input type="checkbox"/> Mudah tersinggung <input type="checkbox"/> Takut akan pikiran sendiri <input type="checkbox"/> Cemas	0	1	2	3	4
2	Ketegangan <input type="checkbox"/> Merasa tegang <input type="checkbox"/> Lesu <input type="checkbox"/> Mudah terkejut <input type="checkbox"/> Tidak dapat istirahat dengan tenang <input type="checkbox"/> Mudah menangis <input type="checkbox"/> Gemetar <input type="checkbox"/> Gelisah	0	1	2	3	4
3	Ketakutan <input type="checkbox"/> Pada gelap <input type="checkbox"/> Ditinggal sendiri <input type="checkbox"/> Pada orang asing <input type="checkbox"/> Pada kerumunan banyak orang <input type="checkbox"/> Pada keramaian lalu lintas <input type="checkbox"/> Pada binatang besar	0	1	2	3	4

4	Gangguan Tidur <input type="checkbox"/> Sukar memulai tidur <input type="checkbox"/> Terbangun malam hari <input type="checkbox"/> Mimpi buruk <input type="checkbox"/> Tidur tidak nyenyak <input type="checkbox"/> Bangun dengan lesu <input type="checkbox"/> Banyak bermimpi <input type="checkbox"/> Mimpi menakutkan	0	1	2	3	4
5	Gangguan kecerdasan <input type="checkbox"/> Daya ingat buruk <input type="checkbox"/> Sulit berkonsentrasi <input type="checkbox"/> Daya ingat menurun	0	1	2	3	4
6	Perasaan depresi <input type="checkbox"/> Kehilangan minat <input type="checkbox"/> Sedih <input type="checkbox"/> Berkurangnya kesukaan pada hobi <input type="checkbox"/> Perasaan berubah-ubah <input type="checkbox"/> Bangun dini hari	0	1	2	3	4
7	Gejala somatik (otot-otot) <input type="checkbox"/> Nyeri otot <input type="checkbox"/> Kaku <input type="checkbox"/> Kedutan otot <input type="checkbox"/> Gigi gemetak <input type="checkbox"/> Suara tak stabil	0	1	2	3	4
8	Gejala sensorik <input type="checkbox"/> Telinga berdengung <input type="checkbox"/> Penglihatan kabur <input type="checkbox"/> Muka merah dan pucat <input type="checkbox"/> Merasa lemah <input type="checkbox"/> Perasaan ditusuk-tusuk	0	1	2	3	4
9	Gejala kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Denyut nadi cepat <input type="checkbox"/> Berdebar-debar <input type="checkbox"/> Nyeri dada <input type="checkbox"/> Rasa lemah seperti mau pingsan <input type="checkbox"/> Denyut nadi mengeras <input type="checkbox"/> Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)	0	1	2	3	4
10	Gejala pernafasan <input type="checkbox"/> Rasa tertekan di dada <input type="checkbox"/> Perasaan tercekik <input type="checkbox"/> Merasa nafas pendek/sesak <input type="checkbox"/> Sering menarik nafas panjang	0	1	2	3	4
11	Gejala gastrointestinal <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Mual	0	1	2	3	4

	<input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Perut terasa penuh dan kembung <input type="checkbox"/> Nyeri lambung sebelum makan dan sesudah <input type="checkbox"/> Perut melilit <input type="checkbox"/> Gangguan pencernaan <input type="checkbox"/> Perasaan terbakar diperut <input type="checkbox"/> Buang air besar lembek <input type="checkbox"/> Konstipasi <input type="checkbox"/> Kehilangan berat badan					
12	<b>Gejala urogenitalia (perkemihan dan kelamin)</b> <input type="checkbox"/> Sering kencing <input type="checkbox"/> Tidak dapat menahan kencing <input type="checkbox"/> Tidak datang bulan <input type="checkbox"/> Darah haid berlebihan <input type="checkbox"/> Darah haid amat sedikit <input type="checkbox"/> Masa haid berkepanjangan <input type="checkbox"/> Masa haid amat pendek <input type="checkbox"/> Haid beberapa kali dalam sebulan <input type="checkbox"/> Menjadi dingin (frigid) <input type="checkbox"/> Ejakulasi dini <input type="checkbox"/> Ereksi lemah <input type="checkbox"/> Ereksi hilang <input type="checkbox"/> Impotensi	0	1	2	3	4
13	<b>Gejala otonom</b> <input type="checkbox"/> Mulut kering <input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Mudah berkeringat <input type="checkbox"/> Sakit kepala <input type="checkbox"/> Bulu roma berdiri <input type="checkbox"/> Kepala terasa berat <input type="checkbox"/> Kepala terasa sakit	0	1	2	3	4
14	<b>Tingkah laku (sikap) pada wawancara</b> <input type="checkbox"/> Gelisah <input type="checkbox"/> Tidak terang <input type="checkbox"/> Mengerutkan dahi <input type="checkbox"/> Muka tegang <input type="checkbox"/> Nafas pendek dan cepat <input type="checkbox"/> Muka merah <input type="checkbox"/> Jari gemetar <input type="checkbox"/> Otot tegang/mengeras	0	1	2	3	4
<b>Total Skor</b>						

## Lampiran 7

### EFEKTIFITAS TEKNIK RELAKSASI IMAJINASI TERBIMBING DAN NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI

Dino Aprianto \*),  
Sri Puguh Kristiyawati\*\*), S.Eko Ch. Purnomo \*\*\*)

\*) Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang,

\*\*) Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang,

\*\*\*) Dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang.

#### ABSTRAK

Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan. Cemas pada *pre* operasi merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dianggap sebagai suatu ancaman. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara. Desain penelitian ini menggunakan *Pretest-Post Test Design*, dilakukan pada 60 responden dengan teknik *Accidental sampling*. Analisis data penelitian ini menggunakan *Wilcoxon*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengalami cemas sebanyak 60 responden yang terdiri dari cemas ringan sebanyak 3 orang (5,0%), cemas sedang sebanyak 28 orang (46,7%) dan cemas berat sebanyak 29 orang (48,3%). Rata-rata skor kecemasan sebelum dan sesudah tindakan imajinasi terbimbing adalah 43,97 dan 34,90. Selisih skor kecemasan sebelum dan sesudah tindakan imajinasi terbimbing adalah 9,07. Rata-rata skor kecemasan sebelum dan sesudah tindakan nafas dalam adalah 41,70 dan 33,40. Selisih skor kecemasan sebelum dan sesudah tindakan nafas dalam adalah 8,3. Penelitian dapat disimpulkan ada perbedaan efektifitas antara teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara dengan *p-value*  $0,000 < 0,05$ . Tingkat keefektifan antara relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam lebih efektif imajinasi terbimbing karena pada terapi imajinasi terbimbing diperoleh selisih sebelum dan sesudah sebesar 9,07, sedangkan pada teknik nafas dalam terdapat selisih sebelum dan sesudah sebesar 8,3. Saran dalam penelitian ini diharapkan Rumah sakit dapat memberikan pelatihan tentang terapi imajinasi terbimbing kepada pasien pre operasi yang mengalami kecemasan.

Kata Kunci: Teknik relaksasi imajinasi terbimbing, nafas dalam, penurunan kecemasan pasien pre operasi.

#### ABSTRACT

Anxiety is an individual response to a situation that is not fun. Preoperative anxiety in anticipation of a response to an experience that is considered as a threat. The purpose of this study was to determine the effectiveness of the imagination guided relaxation techniques and deep breathing to decrease anxiety in preoperative patients in hospitals RA Kartini of Jepara. This research design using pretest-post test design, performed on a total of 60 respondents with Accidental Sampling techniques. Analysis of research data using the Wilcoxon. Results showed that respondents who experience anxiety as much as 60 respondents consisting of mild anxiety as much as 3 person (5.0%), anxiety are as many as 28 people (46.7%) and severe anxiety were 29 persons (48.3%). Average anxiety scores before and after the action guided imagination is 43.97 and 34.90. Difference in anxiety scores before and after the action of guided imagination is 9.07. Average anxiety scores before and after the action is breath in 41.70 and 33.40. Difference in anxiety scores before and after the act of breathing in is 8.3. Study concluded no difference in effectiveness between imagination guided relaxation techniques and deep breathing to decrease anxiety in hospital patients preoperative RA Kartini of Jepara with a *p-value*  $0.000 < 0.05$ . The effectiveness of the imagination guided relaxation and breathing is more effective in guided imagination because the imagination guided therapy obtained by the difference before and after was 9.07, whereas the deep breathing techniques before and after there is a difference of 8.3. The

research suggests the hospital is expected to provide training on the imagination guided therapy to patients experiencing preoperative anxiety.

Keywords: Imagination guided relaxation techniques, deep breathing, decreased preoperative patient anxiety.

## PENDAHULUAN

Operasi adalah tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang ditangani ditampilkan, dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidayat, 1997, hlm.336).

Tindakan pembedahan merupakan salah satu bentuk upaya terapi yang dapat mendatangkan ancaman integritas tubuh dan jiwa seseorang. Pembedahan yang direncanakan dapat menimbulkan respon fisiologis maupun psikologi pada pasien. Respon psikologis yang biasanya terjadi pada pasien pre operasi adalah kecemasan. Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subyektif, yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Depkes, 2008, hlm.70).

Kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang melindungi ego karena kecemasan memberi sinyal kepada kita bahwa ada bahaya dan kalau tidak dilakukan tindakan yang tepat maka bahaya itu akan meningkat sampai ego dikalahkan.

Cemas disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas. Termasuk di dalamnya pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan (Muttaqin & Sari, 2009, hlm.72). Perasaan yang tidak menyenangkan ini umumnya menimbulkan gejala-gejala fisiologis (seperti gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat, dan lain-lain) dan gejala-gejala psikologis (seperti panik, tegang, bingung, tak dapat berkonsentrasi, dan sebagainya). Perbedaan intensitas kecemasan tergantung pada keseriusan ancaman dan efektivitas dari operasi-operasi keamanan yang dimiliki seseorang. Mulai munculnya perasaan-perasaan tertekan, tidak berdaya akan muncul apabila orang tidak siap menghadapi ancaman (Taylor, 1995, dalam Pratiwi, 2010, ¶2).

Penelitian Makmuri et.al (2007 dalam Paryanto, ¶6) tentang tingkat kecemasan pasien pre operasi fraktur femur di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto menunjukkan bahwa dari 40 responden terdapat 16 penderita atau 40,0% yang memiliki tingkat kecemasan sedang, 15 orang atau 37,5% dalam kategori ringan, responden dengan tingkat kecemasan berat sebanyak 7 orang atau 17,5% dan responden yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 2 orang atau 5%. Hal ini menunjukkan sebagian besar pasien dengan pre operasi mengalami kecemasan.

Kecemasan pada pasien pre operasi dapat dicegah dengan menggunakan teknik relaksasi. Beberapa jenis relaksasi di antaranya adalah relaksasi imajinasi terbimbing dan relaksasi nafas dalam. Menurut *National Safety Council* (2004, hlm.85) relaksasi pernafasan adalah relaksasi dengan menggunakan nafas yang pelan, sadar dan dalam. Relaksasi meditasi (*attention-focussing exerses*) yaitu teknik relaksasi untuk menjernihkan pikiran dan hanyut dalam moment yang sedang berlangsung dan relaksasi perilaku merupakan psikoterapi yang didasarkan pada pengamatan, asumsi, kepercayaan dan perilaku yang mempengaruhi emosi. *National Safety Council* (2003 dalam Rabi'al 2009) mengatakan, *guided imagery* adalah salah satu teknik distraksi yang dapat digunakan untuk mengurangi stres dan meningkatkan perasaan tenang dan damai serta merupakan obat penenang untuk situasi yang sulit dalam kehidupan.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Ghovur & Purwoko pada tahun 2007 tentang "pengaruh napas dalam terhadap perubahan tingkat kecemasan pada ibu persalinan kala I di pondok bersalin" menyimpulkan bahwa masih terdapat 8 (66,67%) responden dengan kecemasan sedang dan 4 (33,33%) responden dengan kecemasan ringan.

Hasil penelitian yang dilakukan Hidayati (2007) yang menguji pengaruh *guided imagery* terhadap penurunan tingkat kecemasan pada

pasien dengan gangguan tidur pada 16 orang responden menyimpulkan bahwa pada hasil pengukuran *post test* terjadi penurunan kecemasan hanya 38%, sedangkan 62% lainnya pada kelompok perlakuan masih mengalami kecemasan baik ringan, sedang, maupun berat.

Kecemasan pada pasien pre operasi merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman baru yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup atau bahkan kehidupannya sendiri. Pengalaman yang peneliti temukan di beberapa Rumah Sakit menunjukkan bahwa pasien yang mengalami kecemasan pre operasi tidak mendapatkan intervensi keperawatan yang dapat menurunkan kecemasan.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, belum ada penelitian terkait tentang efektifitas nafas dalam dan imajinasi terbimbing yang dilakukan di RSUD RA Kartini Jepara. Berdasarkan pengalaman yang peneliti temukan di beberapa Rumah Sakit bahwa pasien yang mengalami kecemasan pre operasi tidak dilakukan intervensi keperawatan untuk menurunkan kecemasan. Berdasarkan fenomena di atas peneliti tertarik untuk meneliti efektifitas relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah *Quasi Eksperimen* dengan menggunakan pendekatan *Pretest – Post test Design*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 60 responden. Penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan *pre test* dan *post test*. Pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling*. Penelitian ini dilakukan di RSUD RA Kartini Jepara, pengambilan data dilakukan pada tanggal 6 April-6 Mei 2013.

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan alat ukur lembar kuesioner kecemasan *Hamilton Rating Scale For Anxiety (HRSA)* yang telah dimodifikasi oleh Uskenat (2012).

Analisis Bivariat dilakukan dengan uji *Wilcoxon*. Karena data berdistribusi tidak normal normal, yang sebelumnya dilakukan dengan menggunakan uji normalitas data yaitu

*Kolmogorov Smirnov* dengan syarat sampel > 50 responden.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Usia

Tabel 1  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Responden di RSUD RA Kartini Jepara Tahun 2013  
(n=60)

Umur	Frekuensi	Persentase
21-40 tahun	24	40.0
41-60 tahun	22	36.7
Lebih dari 60 tahun	14	23.3
Jumlah	60	100

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa usia 21-40 adalah usia terbanyak yang mengalami kecemasan yaitu sebesar 24 (40,0%) responden. Usia yang mengalami tingkat kecemasan paling rendah adalah umur di atas 60 tahun yaitu sebanyak 14 (23,3%) responden. Pada usia dewasa, penyesuaian diri tergolong radikal dan peran dalam kehidupan yang berubah-ubah, khususnya disertai perubahan fisik dapat mengganggu homeostatis fisik, ketegangan emosional dan stres. Bentuk-bentuk stres dewasa muda yaitu stres budaya, somatik, psikologis dan ekonomi (Pieter & Lubis, 2010, hlm. 86).

Menurut Kozier (2009, hlm. 559) usia dewasa muda merupakan masa dimana seseorang dihadapkan oleh banyak pilihan diantaranya memilih pasangan hidup, membentuk sebuah keluarga, mengatur rumah tangga, mencari pekerjaan, dan membentuk kelompok sosial yang cocok.

### 2. Jenis Kelamin

Tabel 2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Responden di RSUD RA Kartini Jepara Tahun 2013  
(n=60)

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	38	63.3
Perempuan	22	36.7
Jumlah	60	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak

38 orang (63.3%) yang mengalami kecemasan terbanyak. Hal ini karena pembedahan yang paling banyak adalah *Benigna Prostat Hipertropi* (BPH).

### 3. Jenis Operasi

Tabel 3  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Operasi Responden di RSUD RA Kartini Jepara Tahun 2013 (n=60)

Jenis Operasi	Frekuensi	Persentase
Hernia	7	11,7
Apendik	8	13,3
Kista Ovarium	5	8,3
Tumor Mammae	3	5,0
BPH	16	26,7
Katarak	4	6,7
Abses Femur	1	1,7
Vesikolitiasis	5	8,3
Hemoroid	11	18,3
Jumlah	60	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa jenis operasi yang paling banyak adalah operasi BPH yaitu sebanyak 16 (26,7%) responden.

### 4. Pengalaman Operasi

Tabel 4  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Operasi Responden di RSUD RA Kartini Jepara Tahun 2013 (n=60)

Pengalaman Operasi	Frekuensi	Persentase
Ya	10	16,7
Tidak	50	83,3
Jumlah	60	100

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memiliki pengalaman operasi yaitu sebanyak 50 (83,3%) responden. Pengalaman operasi seseorang juga sangat mempengaruhi kecemasan seseorang saat akan dilakukan operasi. Sebab pengalaman pasien yang minim tentang tindakan operasi mempengaruhi persepsinya tentang tindakan operasi, seperti tindakan yang berbahaya atau menakutkan sehingga pasien cenderung cemas saat akan menjalani operasi (Damayanti, 2012, hlm.53).

### 5. Pasien Yang Mengalami Kecemasan di RSUD RA Kartini Jepara

Tabel 5  
Distribusi Frekuensi Responden Yang Kecemasan di RSUD RA Kartini Jepara (n=60)

Cemas	Frekuensi	Persentase
Cemas Ringan	3	5,0
Cemas Sedang	28	46,7
Cemas Berat	29	48,3
Jumlah	60	100

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa responden yang mengalami cemas sebanyak 60 responden yang terdiri dari cemas ringan sebanyak 3 orang (5,0%), cemas sedang sebanyak 28 orang (46,7%) dan cemas berat sebanyak 29 orang (48,3%). 30 orang diberi tindakan nafas dalam dan 30 lainnya diberikan intervensi imajinasi terbimbing yang masing-masing membutuhkan waktu 15 menit.

Kecemasan pre operasi terjadi karena mereka tidak mengetahui konsekuensi pembedahan dan takut pada pembedahan itu sendiri. Pasien yang cemas sering mengalami ketakutan dan perasaan tidak tenang seperti ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui, misalnya pada pembedahan anastesi, nyeri, konsep diri, dan bahkan kematian. Kecemasan dapat menimbulkan adanya perubahan secara fisik maupun psikologi (Muttaqin & Sari, 2009, hlm. 74). Kecemasan pre operasi merupakan suatu respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dianggap pasien sebagai suatu ancaman dalam peran hidup, integritas tubuh, bahkan kehidupan itu sendiri (Smeltzer & Bare, 2001, hlm. 429).

### 6. Gambaran kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Tabel 6  
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Gangguan Kecemasan Sebelum dan Sesudah Perlakuan Nafas Dalam Pada Pasien Pre Operasi di RSUD RA Kartini Jepara (n=60)

Cemas	Skala Cemas	%	
		pre	Post
Tidak Cemas	0-15		1(3,3)
Cemas ringan	16-30	2(6,7)	16(53,3)
Cemas sedang	31-45	14(46,7)	16(53,3)
Cemas berat	46-60	14(46,7)	
Jumlah	30	30(100)	30(100)
Mean		41,70	33,40
Median		45,00	30,00
SD		7,760	8,455

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebelum perlakuan nafas dalam, sebagian besar responden mengalami cemas sedang dan berat yaitu sebanyak 14 (46,7%) responden, kemudian setelah perlakuan diperoleh tingkatan paling cemas adalah cemas sedang yaitu 16 (53,3%) responden. Berdasarkan tabel di atas juga diketahui hasil rata-rata skor rentang cemas sebelum dilakukan relaksasi dengan nafas dalam sebesar 41,70, setelah dilakukan relaksasi dengan nafas dalam turun menjadi 33,40 dengan selisih mean sebesar 8,3.

Menarik nafas dalam secara teratur dapat meningkatkan dan memperbaiki pengiriman oksigen ke seluruh organ tubuh. Rutin menarik nafas dalam telah terbukti menurunkan tekanan darah. Hal ini dikarenakan nafas dalam merupakan suatu usaha untuk inspirasi dan ekspirasi sehingga berpengaruh terhadap peregangan kardiopulmonari (Anonim, 2012, ¶3). Peregangan tersebut akan memicu peningkatan reflek baroreseptor yang dapat merangsang saraf parasimpatis dan menghambat pusat simpatis. Saraf parasimpatik berfungsi mengendalikan fungsi denyut jantung sehingga membuat tubuh rilek (Muttaqin, 2009, hlm.9). Tubuh manusia mempunyai endorfin. *Endorfin* adalah neurohormon yang berhubungan dengan sensasi yang menyenangkan (Anonim, 2011, ¶3). *Endorfin* dilepaskan oleh hipofisis, berlatih relaksasi dapat memacu munculnya *endorfin* setiap saat.

Dari hasil penelitian ini, sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam sebagian besar responden mengalami cemas berat yaitu sebanyak 14 responden (46,7%). Sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam terdapat 1 (3,3%) responden yang tidak mengami kecemasan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mean responden sebelum diberikan relaksasi nafas dalam sebesar 41,70 kemudian turun menjadi 33,40 sesudah diberikan relaksasi nafas dalam selama 15 menit. Hal ini

dapat diartikan bahwa relaksasi nafas dalam efektif untuk menurunkan kecemasan pre operasi.

#### 7. Gambaran kecemasan Sebelum dan Sesudah diberikan Teknik Relaksasi Imajinasi Terbimbing

Tabel 7

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Gangguan Kecemasan Sebelum dan Sesudah Perlakuan Imajinasi Terbimbing Pada Pasien Pre Operasi di RSUD RA Kartini Jepara (n=60)

Cemas	Skala Cemas	%	
		pre	Post
Tidak Cemas	0-15		
Cemas ringan	16-30	1(3,3)	16(53,3)
Cemas sedang	31-45	14(46,7)	14(46,7)
Cemas berat	46-60	15(50,0)	
Jumlah	30	30(100)	30(100)
Mean		43,97	34,90
Median		45,50	30,00
SD		6,830	7,658

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa sebelum perlakuan imajinasi terbimbing, sebagian besar responden mengalami cemas berat yaitu sebanyak 15 (50,0%) responden, kemudian setelah perlakuan diperoleh tingkatan paling cemas adalah cemas sedang yaitu 14 (46,7%) responden. Berdasarkan tabel di atas juga diketahui hasil rata-rata skor rentang cemas sebelum dilakukan relaksasi dengan imajinasi terbimbing dalam sebesar 43,97, setelah dilakukan relaksasi dengan imajinasi terbimbing turun menjadi 34,90 dengan selisih mean sebesar 9,07.

Teknik relaksasi imajinasi terbimbing akan membentuk suatu bayangan yang akan diterima sebagai rangsang oleh berbagai indera, maka dengan membayangkan sesuatu yang indah, perasaan akan merasa tenang. Ketegangan serta ketidaknyaman akan dikeluarkan, maka menyebabkan tubuh menjadi rileks dan nyaman (Smeltzer & Bare, 2001, hlm.234).

Respon relaksasi lebih dominan pada sistem saraf parasimpatik, sehingga mengendorkan saraf yang tegang. Saraf parasimpatik berfungsi mengendalikan fungsi denyut jantung sehingga membuat tubuh rilek. Menurut Simon (2003, Hidayati 2007) dalam pada teknik imajinasi terbimbing, korteks visual otak yang memproses imajinasi

mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem syaraf otonom, yang mengontrol gerakan *involunter* diantaranya: nadi, pemapasan dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin (substansi ini dapat menimbulkan efek analgesik yang sebanding dengan yang ditimbulkan morphin dalam dosis 10-50 mg/kg BB) se-hingga terjadi proses relaksasi dan kecemasan menurun.

#### 8. Perbedaan antara Teknik relaksasi Imajinasi Terbimbing dan Nafas Dalam

Tabel 8  
Efektifitas relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara pada tanggal 6 April 2013 sampai 6 Mei 2013 (n=60)

Relaksasi	Selisih Mean	P value
Nafas dalam	8,3	
Imajinasi terbimbing	9,07	0,000

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa responden yang dilakukan tindakan nafas dalam diperoleh selisih rata-rata rentang kecemasan sebesar 8,3 lebih rendah dibandingkan dengan setelah dilakukan imajinasi terbimbing dengan selisih rata-rata sebesar 9,07.

Berdasarkan tabel di atas hasil uji statistik efektifitas relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara menggunakan *Wilcoxon* didapatkan nilai *p value* sebesar 0,000. Karena nilai *p value* lebih kecil dari 0.05 yang berarti relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing efektif terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara

Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa responden yang diberi tindakan teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam mengalami penurunan kecemasan. Dari hasil penelitian relaksasi imajinasi terbimbing diperoleh rata-rata penurunan kecemasan sebesar 9,07, lebih tinggi dibandingkan dengan sesudah dilakukan terapi nafas dalam dengan rata-rata sebesar 8,3. Dengan demikian relaksasi imajinasi terbimbing lebih efektif

dibandingkan terapi nafas dalam. Imajinasi terbimbing lebih efektif dibandingkan dengan nafas dalam karena dalam melakukan relaksasi imajinasi terbimbing tidak hanya mengatur pola nafas yang dapat merangsang saraf parasimpatis menghambat sistem pusat simpatis untuk mengendalikan denyut jantung sehingga menyebabkan tubuh menjadi rilek, teknik imajinasi terbimbing juga membentuk suatu bayangan yang indah yang dapat diterima sebagai rangsang berbagai panca indera, sehingga ketegangan akan dikeluarkan dan tubuh akan menjadi rileks dan nyaman.

#### SIMPULAN

1. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD RA Kartini Jepara didapatkan 60 responden yang mengalami cemas dengan responden laki-laki 38 orang (63,3%) dan perempuan 22 orang (36,7%), yang terdiri dari cemas ringan sebanyak 3 orang (5,0%), cemas sedang sebanyak 28 orang (46,7%) dan cemas berat sebanyak 29 orang (48,3%).
2. Rata-rata mean cemas sebelum diberikan teknik relaksasi imajinasi terbimbing sebesar 43,97 sesudah diberikan latihan teknik relaksasi imajinasi terbimbing turun menjadi 34,90. Maka selisihnya sebesar 9,07.
3. Rata-rata skor gangguan tidur sebelum diberikan nafas dalam sebesar 41,70 sesudah diberikan nafas dalam turun menjadi 33,40. Maka selisihnya sebesar 8,3.
4. Teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam efektif terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi di RSUD RA Kartini Jepara, hal ini berdasarkan hasil uji *Wilcoxon* didapatkan *p-value* sebesar 0,000. Tingkat keefektifan antara teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam lebih efektif terapi imajinasi terbimbing karena pada terapi imajinasi terbimbing diperoleh selisih sebelum dan sesudah sebesar 9,07 sedangkan pada teknik relaksasi nafas dalam terdapat selisih antara sebelum dan sesudah sebesar 8,3.

Smeltzer, C.S. & Bare, B.G.(2001).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Bunner and Suddart. Vol.1 Edisi 8. Jakarta: EGC*

Uskenat, Maria. D. (2012). *Perbedaan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi dengan general anestesi sebelum dan sesudah diberikan relaksasi otot progresif di RS Panti Wilasa Citarum Semarang. Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Telogorejo semarang.*



## SARAN

1. Bagi RSUD RA Kartini Jepara  
RSUD RA Kartini Jepara dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai salah satu alternatif untuk mengatasi kecemasan pada pasien pre operasi dengan memberikan pelatihan kepada perawat tentang pemberian teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan nafas dalam kepada pasien pre operasi yang mengalami kecemasan.
2. Bagi Instansi Pendidikan  
Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan ilmu baru untuk pengembangan penelitian selanjutnya dan sebagai tambahan pustaka dalam mengembangkan ilmu keperawatan mengenai intervensi dan sebagai implementasi untuk penurunan kecemasan pasien pre operasi.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian sejenis diharapkan dapat menggunakan variabel-variabel lain yang dapat digunakan untuk mengukur penurunan kecemasan pasien pre operasi dengan menggunakan sampel penelitian yang lebih besar lagi sehingga akurasi hasil dapat lebih baik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2012). *Manfaat Menarik Nafas Dalam Bagi Kesehatan*.  
<http://www.gratisbaca.com/manfaat-menarik-nafas-dalam-dalam-panjang-bagi-kesehatan/>. Diroleh pada tanggal 7 Februari 2013.
- Damayanti. (2012). *Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Dan Pengalaman Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operatif Sectio Caesar Di Ruang Obgyn RSUD Elim Rantepao Kabutaten Toraja Utara*. Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Toraja. Diperoleh dari <http://www.scribd.com/doc/101103211/My-Skripsi2> pada tanggal 24 Juni 2013.
- Departemen Kesehatan. (2000). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Depkes.
- Ghovur, Purwoko. (2007). *Pengaruh napas dalam terhadap perubahan tingkat kecemasan pada ibu persalinan kala 1 di pondok bersalin*.  
<http://skripsistikes.files.wordpress.com/2009/08/6.pdf> diperoleh pada tanggal 22 Januari 2013
- Hidayati, F. (2007). *Pengaruh teknik guided imagery terhadap penurunan kecemasan pada klien wanita dengan gangguan tidur (insomnia) usia 20-25 tahun di kelurahan tawang gede kecamatan lowokwaru Malang*. FKUD. Diperoleh pada tanggal 19 Desember 2012.
- Kozier B, Glenora, E, Berman, A, Snider S. (2009). *Buku fundamental keperawatan: konsep, proses & praktik*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta: Salemba Medika.
- National Safety Council. (2004). *Manajemen Stres*. Jakarta: EGC.
- Pieter, Herry.Z & Lubis, Namora. L. (2010). *Pengantar Psikologis dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Pratiwi, Ratih, Putri. (2010). *Pengertian kecemasan*.  
<http://psikologi.or.id/mycontents/upload/s/2010/05/pengertian-kecemasan-anxiety.pdf>. Diperoleh pada 14 Desember 2012.
- Rabi'al. (2009). *Efektifitas terapi perilaku kognitif (Cognitive behavior therapy) relaksasi dan distraksi pada pasien kanker dengan nyeri kronis di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*.  
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14300/1/10E01039.pdf>. Diperoleh pada tanggal 12 Desember 2012.
- Sjamjuhidajat, R. & Jong, W.P. (1997). *Buku ajar medical bedah. Edisi revisi*. Jakarta: EGC.