

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pembedahan/Operasi

1. Definisi Pembedahan/Operasi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan dengan menggunakan prosedur invasive, dengan tahapan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang ditangani. Pembukaan bagian tubuh yang dilakukan tindakan pembedahan pada umumnya dilakukan dengan membuat sayatan, setelah yang ditangani tampak, maka akan dilakukan perbaikan dengan penutupan serta penjahitan luka (Sjamsuhidajat & Jong, 2017). Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cacat atau cedera, serta mengobati kondisi yang tidak mungkin disembuhkan dengan tindakan atau obat-obatan sederhana (Potter & Perry, 2023).

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, operasi atau pembedahan yang dilakukan dapat menyebabkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa pasien. Terdapat tiga faktor pneting dalam pembedahan yaitu, penyakit pasien, jenis pembedahan, dan pasien itu sendiri. Bagi pasien tindakan operasi atau pembedahan adalah hal menakutkan yang pasien alami. Sangatlah penting melibatkan pasien dalam setiap proses pre operatif (Potter & Perry, 2023).

2. Indikasi Pembedahan

Beberapa indikasi pasien yang dilakukan tindakan pembedahan diantaranya adalah:

- a. Diagnostik : biopsy atau laparotomy eksplorasi
- b. Kuratif : eksisi tumor atau pengangkatan apendik yang mengalami inflamasi
- c. Reparatif : memperbaiki luka *multiple*
- d. Rekonstruktif/kosmetik : mamaoplasti, atau bedah plastic
- e. Paliatif : menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, misalnya pemasangan selang gastrotomi yang dipasang untuk mengkompensasi terhadap ketidaknyamanan menelan makanan (Apipudin et al., 2017).

3. Klasifikasi Pembedahan

- a. Berdasarkan urgensinya

Tindakan pembedahan berdasarkan urgensinya dibagi menjadi lima tingkatan, antara lain:

- 1) Kedaruratan *Emergency*

Pasien membutuhkan tindakan segera yang memungkinkan mengancam jiwa. Indikasi pembedahan tanpa yang tidak dapat ditunda, misalnya: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar yang sangat luas.

- 2) *Urgent*

Pasien membutuhkan penanganan segera.

Pembedahan dalam kondisi *urgent* dapat dilakukan dalam 24-30 jam, misalnya infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu uretra.

3) Diperlukan pasien harus menjalani pembedahan

Pembedahan yang akan dilakukan dapat direncanakan dalam waktu beberapa minggu atau bulan, misalnya pada kasus *hyperplasia prostate* tanpa adanya obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, dan katarak

4) Elektif

Pasien harus dioperasi saat memerlukan tindakan pembedahan. Indikasi pembedahan, bila tidak dilakukan pembedahan maka tidak akan terlalu membahayakan, misalnya perbaikan sesar, hernia sederhana, dan perbaikan vaginal.

5) Pilihan keputusan tentang dilakukannya pembedahan sepenuhnya kepada pasien

Indikasi pembedahan merupakan pilihan dan keputusan pribadi yang biasanya kaitannya dengan estetika, misalnya bedah kosmetik.

b. Berdasarkan faktor risiko

1) Bedah Minor

Bedah minor atau operasi kecil merupakan operasi yang paling sering dilakukan dirawat jalan, dan pasien yang dilakukan tindakan bedah minor dapat dipulangkan pada hari yang sama (Apipudin et al., 2017).

2) Bedah Mayor

Bedah mayor atau operasi besar adalah yang *penetrates* dan *exposes* semua rongga badan, termasuk tengkorak, pembedahan tulang, atau kerusakan signifikan dari anatomis atau fungsi faal. Operasi besar meliputi pembedahan kepala, leher, dada dan perut. Pemulihan memerlukan waktu yang cukup lama dan memerlukan perawatan intensif dalam beberapa hari dirumah sakit. Pembedahan ini memiliki komplikasi yang lebih tinggi setelah pembedahan. Operasi besar sering melibatkan salah satu badan utama di perut *cavities (laparotomy)*, di dada (*thoracotomy*), atau tengkorak (*craniotomy*) dan dapat juga pada organ vital. Operasi yang biasanya dilakukan dengan menggunakan anestesi umum di rumah sakit ruang operasi oleh tim dokter. Setidaknya pasien menjalani perawatan satu malam di rumah sakit setelah operasi. Operasi besar biasanya membawa beberapa derajat risiko bagi pasien hidup, atau pasien potensi cacat parah jika terjadi suatu kesalahan dalam operasi (Apipudin et al., 2017).

4. Faktor-faktor yang meningkatkan pembedahan

Menurut Donna & Workman, (2010), Faktor-faktor yang dapat meningkatkan resiko pembedahan serta komplikasi postoperasi antara lain:

a. Usia : Lebih dari 65 tahun

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut memiliki resiko lebih besar. Hal ini disebabkan karena cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun. Sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan karena belum maturnya semua fungsi organ.

b. Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas atau kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada pasien Malnutrisi mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk penyembuhan luka, sedangkan pada pasien yang mengalami obesitas mudah mengalami hipoventilasi dan komplikasi pulmonari pasca operasi. selain itu distensi abdomen, flebitis dan kardiovaskuler, endokrin, hepatic dan penyakit biliari.

c. Penyakit kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, Penyakit Paru Obstruksi Menahun (PPOM), dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakaian

energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan maupun pasca bedah sangat tinggi.

d. Medikasi

Antihipertensi, Antidepresan, Antikoagulan, Non-steroid dan Obat-obat Anti Inflamasi.

e. Riwayat Medis

Penurunan Kekebalan, Diabetes, Penyakit Paru, Penyakit Jantung, Hemodinamik Tidak Stabil, Penyakit Multisistem, Gangguan Koagulasi, Anemia, Dehidrasi, Infeksi, Hipertensi, Hipotensi, penyakit kronik.

f. Pengalaman Operasi Sebelumnya

Reaksi emosi yang tidak optimal, reaksi anstesi atau komplikasi, komplikasi postoperasi. Riwayat kesehatan

Malnutrisi atau obesitas, Obat-obatan, rokok, alkohol, penyalahgunaan zat terlarang, kemampuan koping. Riwayat Keluarga : hypertermi malignan, kanker, gangguan perdarahan.

g. Tipe pembedahan yang direncanakan

Leher, mulut, prosedur wajah (komplikasi jalan nafas), thorax atau abdomen atas (komplikasi paru), Operasi abdomen (Ileus paralitik, trombosis vena).

5. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Tahap pembedahan dibagi dalam tiga tahap keperawatan perioperative meliputi tahap pre operatif, tahap intra-operatif dan tahap post operatif (Maryunani, 2014).

a. Tahap Pre Operatif

Tahap pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperative yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik atau rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan (Apipudin et al., 2017).

b. Tahap Intra-Operatif

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien di transfer ke wilayah ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Misalnya memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi

pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Apipudin et al., 2017).

c. Tahap Post Operatif

Tahap post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai Ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau dirumah. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup tentang aktivitas yang luas selama periode ini. pada fase ini focus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (Maryunani, 2014).

6. Persiapan Pembedahan

Terdapat beberapa persiapan dan perawatan pre operatif, di antaranya adalah:

a. Persiapan Mental

Pasien yang akan dioperasi biasanya menjadi agak gelisah dan takut. Perasaan gelisah dan takut kadang-kadang Nampak tidak jelas. Tetapi kecemasan itu dapat terlihat jika pasien menanyakan pertanyaan yang berulang, meskipun pertanyaannya telah dijawab. Pasien tidak mau berbicara dan memperhatikan

keadaan sekitarnya, tetapi berusaha mengalihkan perhatiannya, atau muncul gerakan yang tidak terkontrol, dan tidur gelisah. Pasien sebaiknya diberikan informasi bahwa selama operasi tidak akan merasa sakit karena sudah dilakukan tindakan bius atau anestesi. Selain itu perlu dijelaskan kepada pasien, semua operasi besar memerlukan transfuse darah untuk menggantikan darah yang hilang selama operasi dan transfuse darah bukan berarti keadaan pasien dalam kondisi sangat gawat (Apipudin et al., 2017).

b. **Persiapan Fisik**

Pasien yang akan dioperasi diberikan makanan yang rendah lemak, tetapi tinggi karbohidrat, protein, vitamin, dan kalori, pasien harus puasa 12-18 jam sebelum operasi dimulai. Selain pasien dipuasakan pasien dilakukan lavemen/klisma untuk mengosongkan usus besar agar tidak mengeluarkan feses di meja operasi. Kebersihan mulut juga harus diperhatikan, mulut harus dibersihkan dan gigi disikat untuk mencegah terjadinya infeksi terutama bagian paru-paru dan kelenjar ludah. Sebelum operasi pasien harus mandi atau dimandikan. Kuku disikat dan cat kuku harus dibuang agar ahli anestesi dapat melihat perubahan warna kuku dengan jelas. Selain itu juga harus memperhatikan bagian yang akan dioperasi. Berkaitan dengan tempat dan luasnya daerah yang harus dicukur tergantung dar jenis operasi yang akan dilakukan (Maryunani, 2014).

c. Sebelum Masuk Kamar Bedah

Persiapan fisik pada hari operasi, harus diambil data suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan. Operasi yang bukan darurat, bila ada demam, penyakit tenggorokan atau sedang menstruasi biasanya ditunda oleh ahli bedah atau ahli anestesi. Pasien yang akan dilakukan pembedahan harus dibawa ke tempat tepat pada waktunya. Tidak dianjurkan terlalu cepat, sebab jika terlalu lama menunggu akan menyebabkan pasien menjadi gelisah dan cemas (E. Oswari, 2015).

B. Konsep Pembatalan Operasi

1. Pengertian

Pembatalan operasi elektif adalah merupakan parameter untuk menilai kualitas perawatan pasien dan kualitas sistim manajemen. Makin tinggi jumlah kasus pembatalan makin menggambarkan kualitas perawatan dan kualitas manajemen yang rendah. Penggunaan ruang OK yang belum maksimal dapat dilihat dengan masih tingginya waktu OK yang terbuang, ini menggambarkan utilisasi kamar operasi belum maksimal.

Penjadwalan operasi dimaksudkan untuk mengatur alur proses yang terjadi di kamar operasi. Tidak semua operasi yang direncanakan atau dijadwalkan dapat terlaksana sesuai waktu yang telah ditentukan dimana bisa terjadi penundaan, percepatan maupun pembatalan operasi (Kumar & Gandhi, 2012). Penundaan Operasi Elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan.

2. Akibat pembatalan operasi.

Feleke et al., (2022), melaporkan bahwa terdapat bermacam perbedaan penyebab pembatalan baik yang berhubungan dengan manajemen rumah sakit maupun dari pihak pasien dan ini semua mengakibatkan kerugian materil maupun moril, dilaporkan bahwa 70 jam waktu yang terbuang selama periode 30 hari penelitian yang menunjukkan inefisiensi kamar operasi.

Kumar & Gandhi, (2012) dalam Penelitiannya melaporkan bahwa terjadi pembatalan operasi 30,3% pasien dari 1590 pasien yang telah dijadwalkan Pembatalan dan penundaan selain membuang waktu sumber daya yang telah disiapkan dan berdampak pada penurunan utilisasi kamar operasi yang mengakibatkan kerugian rumah sakit. Pembatalan operasi juga berdampak pada gangguan psikologis pasien yaitu gangguan cemas hingga depresi sehingga memerlukan perawatan tambahan yang berdampak terjadi peningkatan biaya yang dikeluarkan, pada akhirnya akan menurunkan kepuasan pasien (Dimitriadis et al., 2013).

3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi terjadinya pembatalan operasi.

Dalam penelitiannya (Kumar & Gandhi, 2012), mengklasifikasikan pembatalan operasi menjadi dua yaitu :

a. Pembatalan yang potensial dapat diperbaiki.

Pembatalan operasi yang potensial dapat diperbaiki seperti: Tidak ada waktu operasi, tidak ada ruangan postoperasi, kesalahan persiapan, masalah administrasi, perlengkapan atau masalah

transport pasien, kegagalan dalam komunikasi, pasien tidak siap, dan tidak adanya dokter bedah.

b. Pembatalan yang tidak dapat diperbaiki.

Pembatalan operasi yang tidak dapat diperbaiki diantaranya yaitu: Perubahan klinis pasien, memerlukan tindakan emergency, pasien tidak siap, tidak ada dokter bedah. Dimitriadis et al., (2013) melaporkan bahwa pembatalan operasi di hari operasi pada tahun 2012 berjumlah 5,19% dengan alasan pembatalan : pasien tidak layak untuk operasi 33,73% , karena kurangnya tempat tidur 21,79%, kurangnya waktu kamar operasi 17,31%, karena pasien tidak datang 6,87%, dan karena operasi sudah tidak diperlukan lagi 4,08%.

Adapun Faktor-faktor Penyebab pembatalan operasi menurut Indriyadi & Suryawati, (2020), digolongkan menjadi beberapa faktor yaitu :

- a. Faktor pasien meliputi keadaan umum dari faktor pasien meliputi : keadaan umum pasien memberat, pasien tidak datang, Hb <6, terdiri dari pasien tidak datang.
- b. Faktor administrasi 11,1% yang terdiri dari toleransi belum ada, hasil laboratorium belum ada, jaminan pembayaran belum lengkap.
- c. Faktor petugas 13,9% yaitu kegagalan dalam anastesi dan operasi tidak diperlukan.

d. Faktor fasilitas 5,6% yaitu tidak ada ruang ICU atau PICU.

Pembatalan ditinjau dari kode diagnosis tertinggi pada bagian bedah 4,5% kemudian bagian paru 2,5% dan mata 2%. Faktor-faktor penyebab pembatalan yang dapat dihindari dalam penelitian ini antara lain dari faktor pasien adalah Hb <6 mg, faktor fasilitas dan faktor administrasi serta faktor petugas yaitu keputusan operasi tidaknya pada saat sudah dijadwalkan operasi sedangkan faktor pembatalan yang tidak dapat dicegah dalam penelitian ini adalah perburukan keadaan pasien, pasien tidak datang serta kegagalan dalam anastesi.

C. Konsep Kecemasan

1. Pengertian

Cemas (ansietas) adalah sebuah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Cemas adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman dan terbagi dalam beberapa tingkatan (Azizah & Akbar, 2016). Kecemasan adalah merupakan respon psikologis yang timbul terhadap *stress* (Zahroh & Maslahatul, 2017).

2. Tingkatan Cemas

Menurut Stuart & Sundeen, (2016), tingkatan cemas yaitu:

- a. Kecemasan ringan
 - 1) Individu waspada
 - 2) Lapang persepsi luas
 - 3) Menajamkan indra

- 4) Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif
 - 5) Menghasilkan pertumbuhan dan kreatif
- b. Kecemasan sedang
- 1) Individu hanya fokus pada pikiran yang menjadi perhatiannya
 - 2) Terjadi penyempitan lapan persepsi
 - 3) Masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain
- c. Kecemasan berat
- 1) Lapangan persepsi individu sangat sempit
 - 2) Perhatian hanya pada detil yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal yang lain
 - 3) Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk fokus pada area lain
- d. Panik
- 1) Individu kehilangan kendali diri dan detil
 - 2) Detil perhatian hilang
 - 3) Tidak bisa melakukan apa pun meskipun dengan perintah
 - 4) Terjadi peningkatan aktivitas motoric
 - 5) Berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain
 - 6) Penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif
 - 7) Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian

Kriteria serangan panik adalah palpitasi, berkeringat, gemetar, atau goyah, sesak napas, merasa tersedak, nyeri dada, mual, dan distres abdomen.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen, (2016), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien antara lain :

a. Faktor-faktor intrinsik, antara lain:

1) Usia

Gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

2) Pengalaman pasien menjalani pengobatan

Pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari.

b. Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain:

1) Kondisi medis (diagnosis penyakit)

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada

pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

2) Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

3) Pekerjaan

Pekerjaan responden dapat mempengaruhi kecemasannya dalam menjalani operasi, hal ini disebabkan karena responden yang tidak bekerja merasa menjadi beban tanggungan keluarga, dan merasa cemas kerana tidak dapat langsung melakukan aktivitas pekerjaannya (Ahsan et al., 2017).

4) Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di

lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai ke seimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

5) Jenis tindakan

Klien yang akan menjalani pembedahan mungkin merasa khawatir atau gelisah. Sebagian mereka merasa takut akan merasa nyeri. Beberapa khawatir akan kehilangan kesadaran, beberapa lainnya takut mereka akan meninggal (Rosdahl & Kowalski, 2014).

6) Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani pembedahan. Hampir sebagian besar pasien yang menjalani pembedahan mengalami kecemasan. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Klien perlu membicarakan perasaan mereka, untuk mendapatkan pendidikan kesehatan pre operasi yang memadai, dan untuk mengetahui bahwa mereka penting sebagai (Potter & Perry, 2023).

4. Dampak Kecemasan Pre Operasi

Kecemasan pre operasi dapat menimbulkan adanya perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, tekanan darah,

frekuensi nafas, dan secara umum mengurangi tingkat energi pada pasien, dan akhirnya dapat merugikan pasien itu sendiri karena akan berdampak pada pelaksanaan operasi (Ahsan et al., 2017).

5. Penanganan Kecemasan Pre Operasi

Kecemasan pre operasi dapat diatasi dengan pemberian antiansietas yaitu benzodiazepin dan barbiturat. Kedua obat ini bekerja pada reseptor *gamma amino butyric acid* (GABA) yang merupakan syaraf penghambat transmisi utama di otak dapat menurunkan aktivitas sel syaraf pusat dan dapat menimbulkan efek sedasi, hipnosis, anastesi (Azizah & Akbar, 2016).

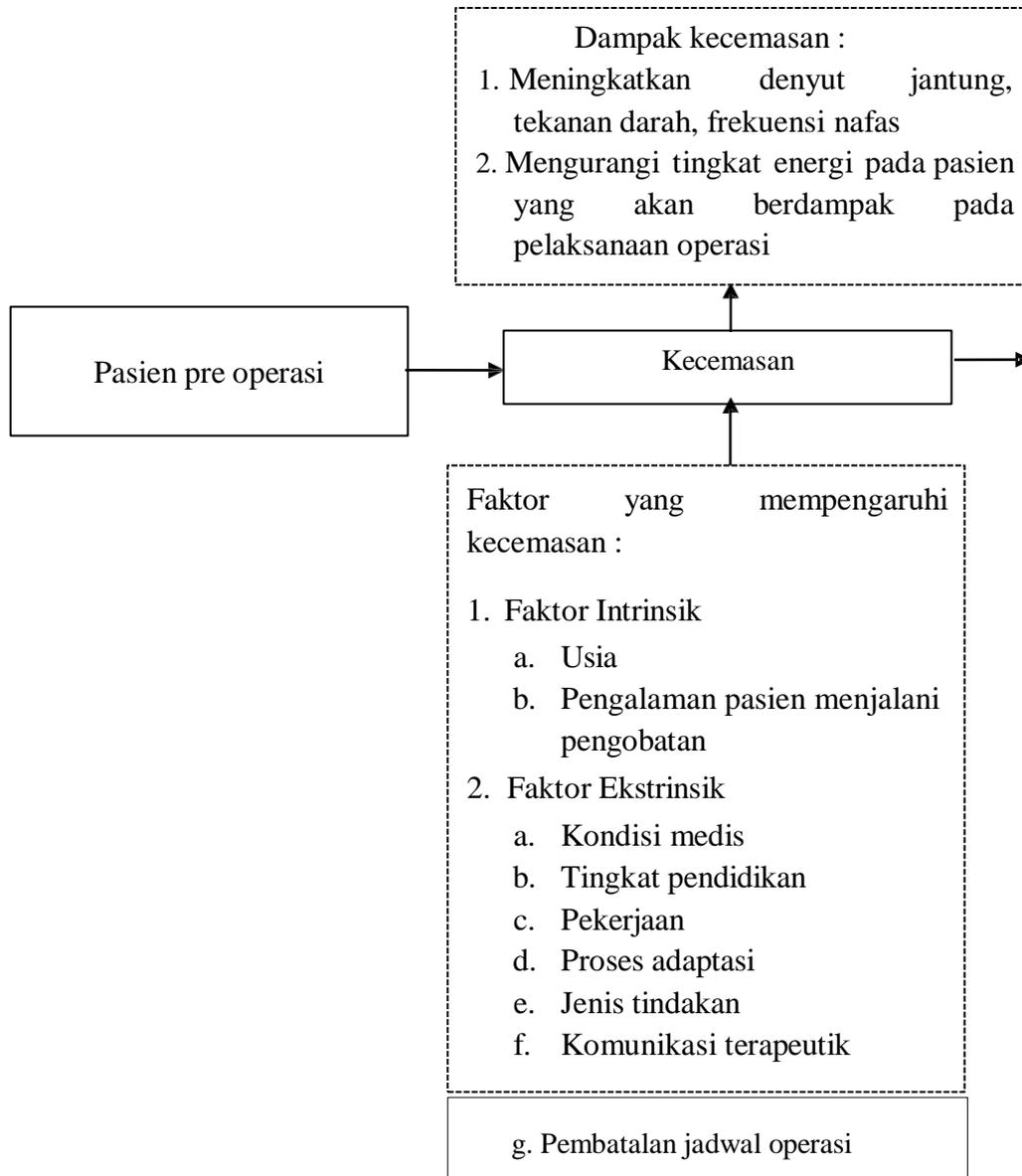
Terapi komplementer adalah pengobatan yang dilakukan sebagai pendukung pengobatan medis konvensional atau sebagai pengobatan pilihan lain diluar pengobatan medis yang konvensional (Zahroh & Maslahatul, 2017). Beberapa terapi komplementer yang biasa digunakan untuk menurunkan atau mengontrol kecemasan diantaranya; tehnik bernafas dalam, relaksasi otot, imagery, menyiapkan informasi, tehnik distraksi, terapi energi dan penggunaan metode koping sebelumnya (Shari et al., 2014).

6. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan skala adaptasi dari HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang telah diterjemahkan oleh (Nursalam, 2020). Skala ini terdiri dari 14 item, yang masing-masing ditentukan oleh serangkaian aspek yang ada pada kecemasan. Aspek-aspek tersebut yang juga digunakan sebagai item

pernyataan dari skala yaitu, perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala sensorik, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala vegetatif, gejala otonom, dan gejala perilaku seperti pada lampiran.

D. Kerangka Konsep



Tingkat
Kecemasan

1. Tidak Cemas
2. Cemas Ringan
3. Cemas Sedang
4. Cemas Berat
5. Panik

Gambar 2. Kerangka konsep penelitian (Ghimire & Poudel, 2018), (Amurwani & Rofi'i, 2018), (Nigussie et al., 2014), (Dimitriadis et al., 2013)