BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Katarak

1. Pengertian

Katarak adalah suatu keadaan dimana lensa mata yang biasanya jernih dan bening menjadi keruh. Asal kata katarak dari kata Yunani *cataracta* yang berarti air terjun. Hal ini disebabkan karena pasien katarak seakan-akan melihat sesuatu seperti tertutup oleh air terjun di depan matanya (Ilyas, 2013). Katarak adalah opasitas lensa kristalina yang normalnya jernih. Biasanya terjadi akibat proses penuaan, tapi dapat timbul pada saat kelahiran (katarak kongenital). Dapat juga berhubungan dengan trauma mata tajam maupun tumpul, penggunaan kortikosteroid jangka panjang, penyakit sistemis, pemajanan radiasi, pemajanan sinar matahari yang lama, atau kelainan mata yang lain (seperti uveitis anterior) (Budiono, 2019).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, jadi dapat disimpulkan, katarak adalah kekeruhan lensa yang normalnya transparan dan dilalui cahaya ke retina, yang dapat disebabkan oleh berbagai hal sehingga terjadi kerusakan penglihatan.

2. Penatalaksanaan katarak

Sampai saat ini belum ditemukan obat yang dapat mencegah katarak. Beberapa penelitian sedang dilakukan untuk memperlambat proses bertambah keruhnya lensa untuk menjadi katarak (Budiono, 2019). Meski telah banyak usaha yang dilakukan untuk memperlambat progresifitas atau mencegah terjadinya katarak, tatalaksana masih dengan pembedahan. Menentukan waktu katarak dapat dibedah ditentukan oleh keadaan tajam penglihatan dan bukan oleh hasil

pemeriksaan. Tajam penglihatan dikaitkan dengan tugas sehari-hari penderita. Digunakan nama insipien, imatur, matur, dan hipermatur didasarkan atas kemungkinan terjadinya penyulit yang dapat terjadi (Ilyas, 2013).

Terapi farmakologi hingga saat ini belum ditemukan obat-obatan yang terbukti mampu memperlambat atau menghilangkan katarak. Beberapa agen yang diduga dapat memperlambat pertumbuhan katarak adalah penurun sorbitol, aspirin, dan vitamin C, namun belum ada bukti yang signifikan mengenai hal tersebut. Operasi katarak terdiri dari pengangkatan sebagian besar lensa dan penggantian lensa dengan implant plastik. Saat ini pembedahan semakin banyak dilakukan dengan anestesi lokal daripada anestesi umum. Anestesi lokal diinfiltrasikan di sekitar bola mata dan kelopak mata atau diberikan secara topikal. Operasi dilakukan dengan insisi luas pada perifer kornea atau sklera anterior, diikuti oleh ekstraksi (lensa diangkat dari mata). Insisi harus dijahit. Likuifikasi lensa menggunakan probe ultrasonografi yang dimasukkan melalui insisi yang lebih kecil dari kornea atau sklera anterior (*phacoemulsifikasi*) (Eva & Whitcher, 2013).

B. Konsep Dasar Ansietas pada Pasien Pre Operasi Katarak

1. Pengertian

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016). Kecemasan atau ansietas adalah perasaan tidak tenang, perasaan takut, khawatir dan gelisah (Hawari, 2013). Kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua

pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak (Stuart, 2013).

2. Penyebab kecemasan

Menurut Stuart (2013) terdapat tiga faktor penyebab terjadinya ansietas, yaitu:

a. Faktor biologis/fisiologis.

   Berupa ancaman yang mengancam akan kebutuhan sehari-hari seperti kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan. Otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme terjadinya ansietas. Selain itu riwayat keluarga mengalami ansietas memiliki efek sebagai faktor predisposisi ansietas.

b. Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda/ orang berharga, dan perubahan status sosial/ ekonomi.

c. Faktor perkembangan, ancaman yang menghadapi sesuai usia perkembangan, yaitu masa bayi, masa remaja dan masa dewasa.

Selain tiga hal di atas, individu yang menderita penyakit kronik seperti diabetes melitus, kanker, penyakit jantung dan penyakit lainnya dapat menyebabkan terjadinya ansietas. Penyakit kronik dapat menimbulkan kekhawatiran akan masa depan, selain itu biaya pengobatan dan perawatan yang dilakukan juga akan menambah beban pikiran.

Faktor penyebab ansietas dalam Standar Diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) antara lain krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian,

kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen sudah reagitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dll) dan kurang terpapar informasi (PPNI, 2016).

3. Tanda dan gejala kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut. Menurut Hawari (2013) keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang saat mengalami kecemasan secara umum adalah sebagai berikut:

a. Gejala psikologis: pernyataan cemas/ khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
b. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
c. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.
d. Gejala somatik: rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak

4. Sumber kecemasan

Menurut Stuart (2013) sumber kecemasan adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Sumber kecemasan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu:

a. Ancaman terhadap integritas fisik. Ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi:

1) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misal hamil).

2) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi dan tidak adekuatnya tempat tinggal.

b. Ancaman terhadap harga diri meliputi:

1) Sumber internal, meliputi kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru.

2) Sumber eksternal meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok dan sosial budaya.

5. Reaksi kecemasan

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan (Hawari, 2013). Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan. Beberapa respon pada orang yang cemas meliputi:

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan

1) Kardiovaskular: palpitasi, tekanan darah meningkat, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun

2) Pernafasan: nafas cepat dan pendek, nafas dangkal dan terengah-engah

3) Gastrointestinal: nafsu makan menurun, tidak nyaman pada perut, mual dan diare.

4) Neuromuskular: tremor, gugup, gelisah, insomnia dan pusing.

5) Traktus urinarius: sering berkemih.

6) Kulit: keringat dingin, gatal, wajah kemerahan.

b. Respon perilaku terhadap kecemasan

Respon perilaku yang muncul adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi terkejut, gugup, bicara cepat, menghindar, kurang kooordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.

c. Respon kognitif terhadap kecemasan

Respon kognitif yang muncul adalah perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual dan takut cedera atau kematian.

d. Respon afektif terhadap kecemasan

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

6. Tingkat kecemasan

Mengidentifikasi kecemasan dalam empat tingkatan dan menggambarkan efek dari tiap tingkatan. Manifestasi cemas dapat meliputi aspek fisik, emosi, kognitif, dan tingkah laku. Respon terhadap ancaman dapat berkisar dari kecemasan ringan, sedang, berat dan panik (Stuart, 2013).

a. Cemas ringan

Cemas ringan merupakan cemas yang normal yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya, seperti melihat, mendengar dan gerakan menggenggam lebih kuat. Kecemasan tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Manifestasi yang muncul pada

tingkat ini adalah kelelahan, iritabel, lapang persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat, dan tingkah laku sesuai situasi

b. Cemas sedang

Cemas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Kecemasan ini mempersempit lapang presepsi individu, seperti penglihatan, pendengaran, dan gerakan menggenggam berkurang. Manifestasi yang terjadi pada tingkat ini yaitu kelelahan meningkat, frekuensi jantung dan pernafasan meningkat, ketegangan otot meningkat, bicara cepat dan volume tinggi, lahan persepsi menyempit, mampu untuk belajar namun tidak optimal, kemampuan konsentrasi menurun, mudah tersinggung, tidak sabar, mudah lupa, marah, dan menangis.

c. Cemas berat

Cemas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

d. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan hal itu dikarenakan individu tersebut mengalami kehilangan kendali, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang,

dan kehilangan pemikiran yang rasional. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Individu yang mengalami panik juga tidak dapat berkomunikasi secara efektif. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus menerus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

7. Faktor yang memengaruhi tingkat kecemasan

Menurut Pamungkas dan Samsara (2017) faktor-faktor yang memengaruhi tingkat kecemasan antara lain:

a. Potensial stresor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi. Pengalaman sebelumnya juga sangat mempengaruhi respon seseorang terhadap stressor.

b. Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat stres karena individu yang dewasa mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap cemas.

c. Tingkat pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan mengakibatkan orang itu mudah mengalami cemas.

d. Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami cemas.

e. Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat cemas daripada orang yang berkepribadian B.

f. Sosial budaya

Seseorang yang mempunyai falsafah hidup yang jelas dan keyakinan agama yang kuat umumnya lebih sukar mengalami cemas.

g. Umur

Seseorang yang berumur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan cemas daripada seseorang yang lebih tua.

h. Lingkungan

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami cemas.

i. Jenis kelamin

Cemas lebih sering dialami pada wanita daripada pria dikarenakan wanita mempunyai kepribadian yang labil dan *immature*, juga adanya peran hormon yang mempengaruhi kondisi emosi sehingga mudah meledak, mudah cemas, dan curiga.

8. Ansietas pasien yang akan menjalani tindakan operasi

Ketakutan dan ansietas yang dirasakan pasien pre operasi ditandai dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur dan sering berkemih. Kecemasan yang dialami oleh pasien pre-operasi adalah bahwa mereka takut jika operasinya tidak akan berhasil dan apakah setelah operasi mereka bisa kembali normal atau tidak (Srinayanti et al., 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Ariyanto, 2019) menunjukkan hasil nilai tingkat kecemasan yang paling banyak yaitu tingkat kecemasan sedang 44 orang (45,8%) sedangkan nilai mekanisme koping terbanyak yaitu mekanisme koping maladaptif 61 orang (63,5%). Penelitian yang dilakukan (Syarifah, 2019) juga menunjukkan tingkat kecemasan yang dialami pasien pre operasi katarak sebanyak 51 orang (42,5%) pasien mengalami kecemasan ringan, 33 orang (27,5%) tidak ada kecemasan, 32 orang (26,5%) mengalami kecemasan sedang dan 4 orang (3,3%) mengalami kecemasan berat.

9. Penatalaksanaan Ansietas

Penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan maupun terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan, yaitu (Hawari, 2013):

a. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain

1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi semangat atau dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa
2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai tidak mampu mengatasi kecemasan
3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk memperbaiki (re-konstruksi) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor
4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional dan berkonsentrasi

5) Psikoterapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadap stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan
6) Psikoterapi keluarga untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung
7) Terapi psikoreligius untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial

b. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmiter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolitic), yaitu diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam

c. Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala penyerta atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d. Relaksasi nafas dalam

Nafas dalam yaitu bentuk latihan nafas yang terdiri atas pernafasan abdominal (diafragma). Relaksasi nafas dalam merupakan suatu teknik bernafas

berhubungan dengan perubahan fisiologis yang dapat membantu memberikan respon relaksasi (rileks).

e. Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan ansietas dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap ansietas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus ansietas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli ansietas yang ditransmisikan ke otak, salah satu contoh penatalaksanaan distraksi yaitu membaca doa.

C. Konsep Dasar Relaksasi Benson

1. Pengertian

Relaksasi adalah bagian dari pengembangan "*self care theory"* yang dikemukakan oleh Orem, dimana perawat dapat membantu kebutuhan *self care* pasien yang berperan sebagai *supportive educative* sehingga pasien dapat menggunakan relaksasi untuk mengatasi keluhan yang dirasakan (Green & Setyawati, 2014). Relaksasi adalah suatu prosedur untuk membantu individu berhadapan pada situasi penuh stres. Relaksasi Benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi (Benson & Proctor, 2015).

Relaksasi Benson adalah suatu teknik untuk mencapai respon relaksasi. Tehnik relaksasi Benson merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu

fokus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu. Prinsip dari pencapaian respon relaksasi ini dimulai dari pemilihan kata atau kalimat pendek atau doa yang berakar pada sistem keyakinan, seperti "tenang" atau "Tuhan adalah segalanya." Selanjutnya terapis dapat memberikan terapi di tempat yang tenang dan dalam posisi yang nyaman dan berakhir pada pengenduran otot-otot tubuh beserta pengaturan pernafasan dan pengucapan kata atau kalimat yang sudah dipilih sebelumnya (Benson & Proctor, 2013).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan relaksasi benson adalah suatu teknik pernafasan yang di gabungkan dengan pengucapan kata-kata sesuai dengan keyakinan seseorang, yang dimulai dari melakukan tarik nafas panjang perlahan-lahan, tahan dan menghembuskan nafas secara berlahan sambil mengucapkan kata atau frase tentang keyakinan.

2. Manfaat relaksasi benson

Teknik relaksasi benson dapat dilakukan sendiri, bersama-sama atau dengan bimbingan mentor. Formula kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat. Komponen relaksasi yang sangat sederhana adalah ruang yang tenang, respon posisi yang nyaman, sikap mau menerima dan fokus perhatian (Agustiya et al., 2020).

Benson pertama menggambarkan respon relaksasi yaitu proses fisiologis kebalikan dari respon *fight-or-flight*. Hampir 40 tahun yang lalu, Benson dan timnya telah merintis penerapan pikiran atau tubuh teknik untuk berbagai masalah kesehatan. Banyak studi yang termuat dalam jurnal telah mendokumentasikan

bagaimana respon relaksasi baik meredakan gejala kecemasan dan gangguan lainnya, dan juga mempengaruhi faktor seperti detak jantung, tekanan darah, konsumsi oksigen dan aktivitas otak (Benson & Proctor, 2015).

Teknik respon relaksasi terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperi marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan gangguan tidur serta meningkatkan perasaan menjadi lebih tenang (Benson & Proctor, 2013).

3. Petunjuk pelaksanaan relaksasi benson

Menurut Benson & Proctor (2013) lingkungan yang tenang merupakan hal yang harus diperhatikan dalam relaksasi benson disamping mengendurkan otot-otot secara sadar, memusatkan diri selama 10-20 menit pada ungkapan yang dipilih, dan bersifat pasif pada pikiran-pikiran yang menggangu.

a. Suasana tenang

Suasana tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau kelompok kata, dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

b. Perangkat mental

Memindahkan pikiran-pikiran yang berada diluar diri, harus ada suatu rangsangan yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat merupakan fokus dalam melakukan relaksasi Benson. Fokus terhadap kata atau frase akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktivitas saraf simpatis. Relaksasi Benson dilakukan satu atau dua kali sehari selama 10-20 menit. Waktu yang baik untuk melakukannya adalah sebelum makan atau beberapa jam setelah makan, karena selama relaksasi diharapkan tubuh darah mengalir ke kulit,

otot, ektremitas, otak, sementara makan, darah lebih banyak dialirkan ke organ pencernaan sehingga mengakibatkan suatu mekanisme yang berlawanan.

c. Sikap positif

Sikap positif merupakan elemen penting dalam relaksasi Benson. Sikap positif dapat dijaga dengan mengabaikan pikiran-pikiran yang mengacu dengan tetap berfokus pada pengulangan frase atau kata. Tidak perlu cemas seberapa baik melakukan karena perasaan itu akan mencegah terjadinya respon relaksasi.

d. Posisi Nyaman

Posisi tubuh yang nyaman penting agar tidak menyebabkan ketegangan otot. Posisi yang digunakan biasanya duduk atau berbaring ditempat tidur

4. Langkah-langkah relaksasi benson

Menurut Masyulitika (2018) langkah atau cara yang dapat membantu seseorang mencapai respon relaksasi dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Atur posisi nyaman
b. Duduk atau berbaring dengan santai
c. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus seperti nama Tuhan, tenang, dan sebagainya.
d. Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat
e. Bernafas lambat dan wajar sambil merelaksasikan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Ulurkan kedua lengan dan tangan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai diatas lutut dengan tangan terbuka.

f. Perhatian nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berkata pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih. (1 siklus adalah satu kali proses mulai dari tarik nafas, tahan dan hembuskan) dengan periode istirahat selama 2 menit.
g. Bila ada pikiran yang menggangu, kembalilah fokuskan pikiran.
h. Lakukan selama 10-20 menit

5. Pengaruh relaksasi benson terhadap kecemasan/ansietas preoperasi katarak

Dampak yang ditimbulkan akibat kecemasan selama operasi seperti perubahan hemodinamik tubuh seperti tekanan darah, nadi dan laju pernafasan yang dapat membingungkan team medis untuk melanjutkan tindakan operasi. Bila kecemasan pada pasien operasi tidak diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan pasien (Srinayanti et al., 2017). Perlu adanya upaya untuk menjaga kondisi psikologis pasien yang akan menjalani tindakan operasi, agar tidak menghambat atau mengganggu proses operasi dan pengobatan pasien. Relaksasi benson adalah suatu tehnik untuk mencapai respon relaksasi. Tehnik relaksasi Benson merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu fokus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu (Green & Setyawati, 2014). Relaksasi benson memadukan antara relaksasi pernafasan dan faktor keyakinan yang dianut oleh seseorang (Agustiya et al., 2020). Teknik respon relaksasi terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperi marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta meningkatkan perasaan menjadi lebih tenang (Benson & Proctor, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan Sitompul (2020) tentang relaksasi benson terhadap kecemasan pre operasi dengan menggunakan metode studi kepustakaan dan *literatur review* didapatkan setelah diberikan terapi relaksasi benson dengan durasi 10 menit, pasien mengalami penurunan hingga turun satu angka sampai dua angka dan mengalami perubahan tingkat kecemasan. Terapi tersebut direkomendasikan untuk digunakan karena tekniknya sederhana, tidak membutuhkan alat dan bahan, tidak memerlukan kemampuan khusus untuk menerapkannya dan dapat dilakukan oleh semua pasien yang mengalami kecemasan.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Potter (2011) proses asuhan keperawatan terdiri dari lima tahapan yang meliputi:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan informasi subjektif dan objektif, peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/ keluarga, atau ditemukan dalam rekam medik.

a. Identitas

1) Identitas pasien: nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat.
2) Identitas penanggung jawab: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien, agama.

b. Keluhan utama

Keluhan yang dilaporkan atau ditemukan seperti terus bertanya terkait tindakan operasi, tampak gelisah, gemetar, berkeringat, berdebar dan sering buang air kecil.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat terkait masalah yang dihadapi saat ini selama menjalani rawat inap.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah dirawat dengan penyakit yang sama atau tidak. apakah klien pulang dengan keadaan sehat atau masih sakit. apakah klien memiliki riwayat penyakit kronis atau tidak.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah keluarga ada memiliki riwayat penyakit yang sama seperti yang diderita klien saat ini. Riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung.

f. Riwayat pengobatan dan alergi

Obat apa yang sering dikonsumsi klien, apakah klien memiliki alergi atau tidak terhadap obat, makanan dan serangga.

g. Pola fungsi gordon

1) Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya, saat klien sakit tindakan yang dilakukan klien untuk menunjang kesehatannya.

2) Nutrisi/metabolic

Kaji makanan yang dikonsumsi oleh klien, porsi sehari, jenis makanan, dan volume minuman perhari, makanan kesukaan sebelum di rumah sakit dan saat menjalani rawat inap.

3) Pola eliminasi

Kaji frekuensi BAB dan BAK, ada nyeri atau tidak saat BAB/BAK dan warna

4) Pola aktivitas dan latihan

Kaji kemampuan klien saat beraktivitas dan dapat melakukan mandiri, dibantu atau menggunakan alat seperti makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. (0: Mandiri, 1: Alat bantu, 2: Dibantu orang lain, 3: Dibantu orang lain dan alat, 4: Tergantung total).

5) Pola tidur dan istirahat

Kaji pola istirahat, kualitas dan kuantitas tidur, kalau terganggu kaji penyebabnya

6) Pola kognitif-perseptual

Status mental klien, kaji pemahaman tentang penyakit dan perawatan

7) Pola persepsi diri

Pola persepsi diri perlu dikaji, meliputi; harga diri, ideal diri, identitas diri, gambaran diri.

8) Pola seksual dan reproduksi

Kaji manupouse, kaji aktivitas seksual

9) Peran dan pola hubungan

Bertujuan untuk mengetahui peran dan hubungan sebelum dan sesudah sakit. Perubahan pola biasa dalam tanggung jawab atau perubahan kapasitas fisik untuk melaksanakan peran

10) Manajemen koping Stres

Adanya faktor stres lama, efek hospitalisasi, masalah keuangan, rumah, pola komunikasi untuk menyelesaikan masalah

11) Pola keyakinan dan nilai

Menerangkan sikap, keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya dalam keseharian. Dengan ini diharapkan perawat dalam memberikan motivasi dan pendekatan terhadap klien dalam upaya pelaksanaan ibadah

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan umum yang lengkap perlu dilakukan. Lansia dengan katarak pemeriksaan akan difokuskan pada mata. Hasil pemeriksaan fisik yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut ini:

1) Kepala dan wajah

Inspeksi: Kepala simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada kepala. Ukuran kepala normal sesuai dengan umur. Wajah biasanya tidak simetris kiri dan kanan, wajah terlihat pucat.

Palpasi: tidak terjadi nyeri pada kepala

2) Mata

Inspeksi: Pupil sama, bulat, reaktif terhadap cahaya dan akomodasi, Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik. mata tampak simetris kiri dan kanan, terdapat adanya kekeruhan pada lensa, lapang pandang terdapat penurunan lapang pandang

Palpasi: tidak ada pembengkakan pada mata

3) Telinga

Inspeksi: Simetris telinga kiri dan kanan, terlihat bersih tanpa serumen. telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan.

Palpasi: Tidak ada nyeri pada daun telinga, pembengkakan pada daun telinga tidak ada.

4) Hidung

Inspeksi: Simetris hidung kiri dan kanan, tidak terlihat Hidung tampak simetris, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat polip. Adanya penurunan kemampuan membau, perdarahan pada hidung.

Palpasi: Tidak adanya nyeri saat diraba pada hidung, pembengkakan tidak ada.

5) Mulut

Inspeksi: Membran mukosa berwarna merah jambu, lembab, dan utuh. Uvula digaris tengah, Tidak ada lesi. Mulut tampak kotor terdapat mulut berbau

Palpasi: Tidak ada nyeri pada mulut, tidak adanya pembengkakan pada mulut

6) Leher

Inspeksi: Posisi trakea apakah mengalami kemiringan atau tidak, vena jugularis tidak terlihat,

Palpasi: Tidak teraba nodul pada leher, tidak terjadi pembengkakan, apakah terjadi pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe ada pembesaran atau tidak

7) Paru-paru

Inspeksi: Simetris kiri dan kanan, tidak adanya lesi, ada atau tidaknya retrasi dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan

Auskultasi: Vesikuler dikedua lapang paru

Perkusi: Sonor dikedua lapang paru

Palpasi: Ada pergerakan dinding dada, taktil fremitus teraba jelas

8) Jantung

Inspeksi: Iktus kordis terlihat atau tidak, lesi di area jantung atau tidak, pembengkakan pada jantung atau tidak

Palpasi: Pada area ICS II, ICS V kiri, dan Area midclavicula untuk menentukan batas jantung, tidak terjadi pembesaran pada jantung

Perkusi: Redup

Auskultasi: Normalnya bunyi jantung 1 lebih tinggi dari pada bunyi jantung II, tidak adanya bunyi tambahan seperti mur-mur.S2 (dub) terdengar pada ICS II ketika katup aorta dan pulmonal menutup pada saat awal sistolik, terdengar suatu split yang mengakibatkan dua suara katup, ini diakibatkan penutupan aorta dan pulmonal berbeda pada waktu respirasi. S1(lub) terdengar pada ICS V ketika katup mitral dan katup trikuspidalis tetutup pada saat awal sistolik. Terdengar bagus pada apex jantung dan didengar dengan diafragma stetostokop dimana terdengar secara bersamaan.

9) Abdomen

Inspeksi: tidak adanya pembengkakan pada abdomen/ asites

Palpasi: tidak adanya distensi pada abdomen

Perkusi: Tympani

Auskultasi: bising usus normal

10) Ekstremitas

Inspeksi: tidak adanya pembengkakan pada ektremitas atas dan bawah, tidak ada luka

Palpasi: kekuatan oto baik disemua ektremitas

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial yang bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami katarak dan akan menjalani tindakan operasi antara lain:

a. Gangguan persepsi sensori penglihatan berhubungan dengan gangguan penglihatan dan kondisi terkait penyakit katarak
b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kekhawatiran mengalami kegagalan dan ancaman status kesehatan
c. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan dan kondisi terkait penyakit katarak.
d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, fisik dan kimia
e. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.

Diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas yang dikupas tuntas dalam karya ilmiah ini adalah ansietas (kecemasan) yang dapat disajikan pada tabel berikut ini (PPNI, 2016):

Tabel 1
Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Ansietas)

Ansietas Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego
Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman
Penyebab: 1. Krisis situasional

2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi system keluarga 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9. Factor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalah gunaan zat 11. Terpapar bahaya lingkungan 12. Kurang terpapar informasi	
Gejala dan tanda mayor: Subjektif: 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	Objektif: 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	Objektif 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk
Kondisi klinis terkait: 1. Penyakit kronis progresif (mis kanker, penyakit autoimun) 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit yang belum jelas 6. Penyakit neurologis	

Sumber: (Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indoensia PPNI, 2016)

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah selanjutnya setelah ditegakkannya diagnosis keperawatan. Pada langkah ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Penyusunan intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan diagnosis keperawatan ansietas dapat dijabarkan sebagai berikut (PPNI, 2016):

Tabel 2
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
Kamis, 4 April 2022	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kekhawatiran mengalami kegagalan dengan kondisi klinis rencana tindakan operasi	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun	**1. Reduksi Ansietas** **1) Observasi** ✓ Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor). ✓ Identifikasi kemampuan mengambil keputusan ✓ Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) **2) Terapeutik** ✓ Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan ✓ Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan	✓ Membantu memberikan terapi ✓ Meningkatkan pengetahuan dan koping pasien ✓ Membantu untuk memberikan terapi ✓ Membantu merelaksasikan perasaan pasien ✓ Memberikan rasa nyaman kepada pasien

Hari/ Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan		Rasional
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	
		4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	✓ Pahami situasi yang membuat ansietas ✓ Dengarkan dengan penuh perhatian ✓ Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan ✓ Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan **3) Edukasi** ✓ Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami ✓ Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis ✓ Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu ✓ Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi ✓ Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan ✓ Latih menggunakan mekanisme pertahanan diri yang tepat ✓ Latih teknik relaksasi **4) Kolaborasi** Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	✓ Membantu untuk memberikan terapi ✓ Membantu meningkatkan rasa aman pasien ✓ Membantu meningkatkan rasa aman pasien ✓ Membantu mencari solusi atau terapi ✓ Membantu mengidentifikasi tingkat ansietas pasien ✓ Membantu menjaga perasaan pasien ✓ Melibatkan keluarga untuk mengurangi ansietas ✓ Membantu meningkatkan kemampuan pasien ✓ Membantu mengurangi ansietas ✓ Meningkatkan pengetahuan pasien untuk melakukanintervensi mandiri jika ansietas terjadi ✓ Membantu mengurangi ansietas pasien

Sumber: (Buku Standar Intervensi Keperawatan Indoensia PPNI, 2016)

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya (PPNI, 2016).

Implementasi utama yang diangkat dalam laporan ini adalah pemberian teknik relaksasi (relaksasi benson) sebagai salah satu upaya untuk mengurangi ansietas lansia sebelum menjalani tindakan pembedahan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi asuhan keperawatan didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dimana dalam standar ini menjelaskan definisi dan kriteria hasil keperawatan yang dituju sesuai dengan diagnosis keperawatan yang diangkat (PPNI, 2016).