



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
GANESHA HUSADA**

SK Mendiknas RI No. 77/D/0/2009

TERAKREDITASI BAN-PT

JL. Soekarno Hatta Gg. Budaya Cipta II No.2 Tepus Kediri Telp./Fax. (0354) 689951
085 856 213 999 ; 081 259 053 999

Nomor : 029/AJ/SGH/III/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Kediri, 16 Maret 2022

Kepada Yth. :
**Direktur RS Mata Undaan
Surabaya**
di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan penelitian Skripsi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri tahun akademik 2021/2022, maka kami mohon ijin untuk pelaksanaan penelitian Skripsi mahasiswa kami :

Nama : Ahmad Rofiq
NIM : 20.12.1.055.3
Judul : Hubungan Pengetahuan Perioperatif Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Glaukoma Di Rumah Sakit Mata Undaan
Tanggal : 21 Maret 2022

Demikian surat permohonan dari kami, atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

STIKes Ganesha Husada Kediri
Ketua



Agus Priyanto, SKM., M.Pd
NIK. 2 720814 1 201402 01

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI GLAUKOMA**

USULAN PENELITIAN



**Oleh :
AHMAD ROFIQ
NIM : 20.12.1.033.3**

**PROGAM STUDI S1 KEPERAWATAN
STIKES GANESHA HUSADA KEDIRI
KEDIRI
2021/2022**

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI GLAUKOMA

USULAN PENELITIAN

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan
Pada Progam Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Ganesha Husada Kediri



Oleh :
AHMAD ROFIQ
NIM : 20.12.1.033.3

PROGAM STUDI S1 KPERAWATAN
STIKES GANESHA HUSADA KEDIRI
KEDIRI
2021/2022

HALAMAN PERSETUJUAN

Oleh : Ahmad Rofiq
Judul Usulan : HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF
Penelitian DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-
OPERASI GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT MATA
UNDAAN SURABAYA

Usulan penelitian ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Dewan

Penguji Seminar Usulan Penelitian Pada Tanggal 26 Februari 2022

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Titik Juwariyah, S.Kep.,M.Kes
NIK 7 206012 2 0090704

Anik Nuridayanti S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK: 2 760507 2 201111 01

Mengetahui

Ketua Progam Studi S1 Keperawatan
STIKES Ganesha Husada Kediri

Anik Nuridayanti S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK: 2 760507 2 201111 01

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada Seminar Usulan Penelitian di
STIKES Ganesha Husada Kediri Prodi S1 Keperawatan

Tanggal 26 Februari 2022

Tim Penguji

Ketua : Agus Priyanto, SKM.,M.Pd
Anggota : 1. Lailaturrohmah, SST., M.Kes
2. Anik Nuridayanti S.Kep.Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Progam Studi S1 Keperawatan
STIKES Ganesha Husada Kediri

Anik Nuridayanti S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK: 2 760507 2 201111 01

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan kanurianya yang berlimpah, sehingga penyusunan Proposal yang berjudul “HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA” dapat terselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak maka Proposal ini tidak terwujud, untuk itu segala kerendahan hati perkenankan kami menyampaikan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Agus Priyanto, SKM.,M.Pd selaku Ketua STIKES Ganesha Husada Kediri yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program S1 Keperawatan.
2. dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K), Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang telah memberikan izin penelitian.
3. Anik Nuridayanti,S.Kep,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri sekaligus pembimbing II yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri
4. Titik Juwariyah,S.Kep.,M.Kes selaku pembimbing I yang dengan kesabaran dan ketekunan memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, mengarahkan serta saran-saran dalam pembuatan proposal ini mulai awal sampai akhir

Surabaya, Februari 2022

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Dasar Pengetahuan	5
2.2 Konsep Perioperatif.....	12
2.3 Konsep Dasar Kecemasan	25
2.4 Konsep Dasar Glaukoma	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	54
3.1 Kerangka Konseptual	54
3.2 Hipotesis	55
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	56

4.1. Rancangan Bangun Penelitian.....	56
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	56
4.3. Kerangka Penelitian.....	57
4.4. Sampling Desain.....	57
4.5. Variabel Penelitian	60
4.6. Definisi Operasional.....	60
4.7. Teknik Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	63
DAFTAR PUSTAKA	73
LAMPIRAN	74

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi Operasional Hubungan Pengetahuan Perioperatif Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	61
-----------	---	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Hubungan Pengetahuan Perioperatif Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	54
Gambar 4.1	Kerangka Penelitian Hubungan Pengetahuan Perioperatif dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Usulan Penelitian	74
Lampiran 2	Surat Ijin Pengambilan Data Awal di RS Mata Undaan	75
Lampiran 3	Permohonan Menjadi Responden	76
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	77
Lampiran 5	Lembar Kuesioner	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Glaukoma adalah penyakit kerusakan saraf mata yang menyebabkan menyempitnya lapangan pandang dan hilangnya fungsi penglihatan. (Kemenkes,2019). Faktor risiko utama adalah meningkatnya usia dan faktor keturunan. Faktor risiko lain antara lain miopia tinggi, diabetes melitus, hipertensi dan pengobatan dengan steroid lama.

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Ditjen Yankes) mengutip data World Health Organization mengenai glaukoma dalam situsnya. Informasi yang ditayangkan dalam rangka World Glaucoma Week Tahun 2017 tersebut menyatakan bahwa dari 285 juta orang yang mengalami gangguan penglihatan di dunia, hampir 14% mengalami kebutaan. Di indonesia angka pravalensi glaukoma sebesar 0,46 %, artinya sebanyak 4 sampai 5 orang dari 1.000 penduduk indonesia menderita glaukoma. Berdasarkan data aplikasi rumah sakit online (SIRS online), jumlah kunjungan glaukoma pada pasien rawat jalan di rumah sakit selama tahun 2015-2017 mengalami peningkatan (Kemenkes,2019). Di rumah sakit Mata undaan Surabaya data rekam medis penderita glaukoma tahun 2021 sebanyak 1.230 pasien. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 24 sampai 27 januari 2022 terhadap pasien pre operasi glaukoma di rumah sakit mata undaan sebanyak 15 pasien didapatkan data bahwa pasien pre operasi 4 orang (26,67%) mengalami kecemasan ringan, 9

orang (60%) mengalami kecemasan sedang dan 2 orang (13,33%) mengalami kecemasan berat.

Salah satu cara penanganan glaukoma adalah dengan tindakan operasi atau bedah. Tindakan operasi yang akan dilakukan seringkali menimbulkan kecemasan pada pasien yang akan menjalaninya. Pasien yang akan melakukan operasi merasa cemas dan khawatir dengan tindakan dan resiko yang terjadi saat operasi, merasa khawatir dengan proses pembedahan yang akan dijalani apakah akan berjalan dengan baik atau tidak, sehingga pasien terus menerus memikirkan tentang proses tindakan operasi (Hasanah, 2017).

Tindakan operasi menimbulkan krisis situasi yaitu gangguan internal yang ditimbulkan oleh peristiwa yang menegangkan, mengancam dan meningkatkan kecemasan. Bila kecemasan pada pasien pre-operasi tidak diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan .

Salah satu penyebab kecemasan pada pasien pre-operasi adalah kurangnya pengetahuan pasien mengenai operasi glaukoma yang akan dilakukan. Penelitian yang dilakukan Hasanah tahun 2017 didapatkan hasil bahwa pengetahuan pasien tentang informasi pre operasi memiliki hubungan dengan kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Mitra Husada Pringsewu.

Upaya yang dilakukan untuk menurunkan kecemasan yang dialami pasien pre operasi dapat diberikan edukasi atau pendidikan kesehatan pre operasi glaukoma, semakin pasien memahami pengetahuan pre operasi maka tingkat kecemasan pasien juga akan semakin menurun. Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang akan dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami dalam mempersepsikan suatu hal. Pengetahuan ini diperoleh dari

informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati oleh individu (Stuart, 2016).

Berdasarkan pemaparan diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah Ada Hubungan Pengetahuan Perioperatif dengan tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pasien pre-operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan perioperatif pasien pre-operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre-operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
3. Mengetahui hubungan pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pasien pre-operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah wawasan pengetahuan di perpustakaan terkait dengan hasil studi hubungan pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pasien pre-operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Responden mengetahui dan memahami tentang kecemasan yang terjadi sebelum tindakan operasi.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah daftar rujukan dan temuan berbasis *evidence based* dalam studi pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pre operasi.

3. Bagi Tempat Penelitian

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tempat pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan pada masyarakat terkait dengan penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi.

4. Bagi Peneliti

Sebagai referensi bagi peneliti lain yang akan meneliti lebih lanjut yang akan meneliti pengetahuan perioperatif dengan tingkat kecemasan pre operasi glaukoma.

5. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah kajian keilmuan pada *setting* klinik mengenai pentingnya pengetahuan perioperatif terhadap tingkat kecemasan, sehingga dapat mengaplikasikan metode asuhan keperawatan yang sesuai.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Pengetahuan

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan pada dasarnya menunjuk pada sesuatu yang diketahui berdasarkan stimulus yang diberikan, dengan adanya stimulus maka seseorang akan mengetahui atau memiliki pengetahuan (Azwar, 2014).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan salah satu ranah perilaku selain sikap dan tindakan atau praktik (Notoatmodjo, 2014). Pengetahuan pada dasarnya terdiri dari sejumlah fakta dan teori yang memungkinkan seseorang untuk dapat memecahkan masalah yang dihadapinya. Sementara adanya sejarah kehidupan manusia di bumi ini, manusia telah berusaha mengumpulkan fakta. Dari fakta-fakta ini kemudian disusun dan disimpulkan menjadi berbagai teori, sesuai dengan fakta yang dikumpulkan tersebut. Teori-teori tersebut kemudian digunakan untuk memahami gejala-gejala alam dan kemasyarakatan yang lain. sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, teori-teori tersebut makin berkembang, baik kualitas maupun kuantitasnya, seperti apa yang kita rasakan dewasa ini (Azwar, 2014).

Kholid (2014) menguatkan bahwa pengetahuan merupakan determinan terhadap perubahan perilaku seseorang. Ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku masyarakat. Pengetahuan mendasari seseorang dalam mengambil sebuah keputusan dan menentukan tindakan dalam menghadapi suatu masalah (Achmadi, 2013). Pengetahuan masyarakat tentang perioperatif dengan derajat kecemasan pre operasi katarak dapat dipengaruhi oleh banyak faktor. Salah satunya ialah informasi dari media cetak maupun media elektronik (Bae, 2015). Aini & Yanik (2018) mengatakan, bahwa adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

2.1.2 Sumber Pengetahuan

Manusia mendapatkan pengetahuan dari berbagai sumber yang dibagi menjadi dua (Notoatmodjo, 2014) antara lain:

1. Cara tradisional atau non ilmiah

Cara kuno atau tradisional dipakai manusia untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis. Cara ini dibagi menjadi:

1) *Trial and Error* (coba dan salah)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lain begitu seterusnya.

2) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Kekuasaan seseorang merupakan suatu hal yang bersifat mutlak sehingga apapun yang diperintahkan oleh sang pengusaha harus diterima dan dilaksanakan oleh masyarakat/rakyat golongan bawah pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan baik tradisi otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama maupun ahli pengetahuan.

3) Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

4) Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia. Maka cara pikir manusiapun ikut berkembang. Sehingga manusia dalam hal memperoleh pengetahuan dapat menggunakan jalan pikirannya.

2 Cara Modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada masa ini lebih sistematis logis dan ilmiah dan dikenal dengan metode ilmiah yaitu pendekatan yang paling tepat untuk mencari suatu kebenaran karena didasari pada pengetahuan yang terstruktur dan sistematis, serta dalam mengumpulkan dan menganalisa datanya didasarkan pada prinsip *validitas* dan *Realibilitas*.

Pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain penting untuk menentukan tindakan seseorang (*over behavior*), karena dari pengalaman dan penelitian membuktikan bahwa perilaku didasari oleh pengetahuan. Penelitian Notoatmodjo (Notoatmodjo, 2014) mengungkapkan bahwa sebelum orang

tersebut mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

- 1) *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- 2) *Interest*, dimana orang mulai tertarik kepada stimulus.
- 3) *Evaluation* menimbang-nimbang terhadap baik buruknya tindakan terhadap stimulasi tersebut.
- 4) *Trial*, dimana seseorang telah mulai mencoba perilaku baru.

2.1.3 Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan menurut Notoatmodjo (2014) adalah sebagai berikut:

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*Comperhension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang telah faham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, contoh, menyimpulkan meramal dan sebagainya, terhadap obyek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi lain.

4. Analisis (*Analisis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan sintesis adalah suatu kemampuan untuk formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini kaitannya dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang ada.

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Azwar (2014) yaitu:

1. Faktor internal

1) Minat

Suatu fungsi jiwa untuk dapat mencapai sesuatu, minat merupakan kekuatan dari dalam diri sendiri untuk menambah pengetahuan.

2) Intelegensi

Pengetahuan yang dipengaruhi Intelegensia adalah pengetahuan intelegen dimana seseorang dapat bertindak secara tepat, cepat, dan mudah dalam mengambil keputusan. Seseorang yang mempunyai *intelegensia* yang rendah akan bertingkah laku lambat dalam pengambilan keputusan.

3) Pengalaman

Pengalaman dari diri sendiri maupun orang lain yang meninggalkan kesan paling dalam akan menambah pengetahuan seseorang.

2. Faktor eksternal

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat. Pendidikan meliputi pengajaran keahlian khusus, dan juga sesuatu yang tidak dapat dilihat tetapi lebih mendalam yaitu pemberian pengetahuan, pertimbangan dan kebijaksanaan.

2) Media masa

Majunya teknologi akan tersedia pula bermacam-macam media masa yang dapat pula mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang

inovasi baru. Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas. Jadi contoh dari media massa ini adalah televisi, radio, koran, dan majalah.

3) Sosial budaya

Sosial budaya adalah hal-hal yang kompleks yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, moral, hukum, adat-istiadat, kemampuan-kemampuan, serta kebiasaan berevolusi dimuka bumi ini sehingga hasil karya, karsa dan cipta dari masyarakat. Masyarakat kurang menyadari bahwa kurang mengetahui beberapa tradisi dan sosial budaya yang bertentangan dari segi kesehatan yang dimana hal ini tentunya berkaitan atau tidak terlepas dari suatu pendidikan.

4) Lingkungan

Lingkungan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan seseorang.

5) Penyuluhan

Meningkatkan pengetahuan masyarakat juga dapat melalui metode penyuluhan, dengan pengetahuan bertambah seseorang akan merubah perilakunya.

6) Informasi

Informasi merupakan pemberitahuan secara *kognitif* baru bagi penambahan pengetahuan. Pemberian informasi adalah untuk menggugah kesadaran remaja terhadap suatu motivasi yang berpengaruh terhadap pengetahuan.

2.1.5 Kriteria Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu

1. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 %
2. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 %
3. Pengetahuan Kurang : < 56 %

2.1.6 Pengukuran Pengetahuan.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2014)

Menurut Nurhasim (2013) Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang yang ingin diketahui atau diukur dapat disesuaikan dengan tingkat pengetahuan responden yang meliputi tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Adapun pertanyaan yang dapat dipergunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu pertanyaan subjektif, misalnya jenis pertanyaan essay dan pertanyaan objektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda, (multiple choice), betul-salah dan pertanyaan menjodohkan. Cara mengukur pengetahuan dengan memberikan pertanyaan – pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan jumlah skor yang diharapkan (tertinggi) kemudian dikalikan 100% dan hasilnya prosentase kemudian digolongkan menjadi 3 kategori yaitu kategori baik (76

-100%), sedang atau cukup (56 – 75%) dan kurang (<55%). (Arikunto, 2013)

2.2 Konsep Perioperatif

2.2.1 Pengertian

Perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi dan pasca operasi. Operasi atau pembedahan merupakan penanganan medis secara invasive untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit. Tindakan pembedahan ini biasanya menimbulkan pencederaan jaringan yang berdampak langsung pada perubahan fisiologis maupun psikologis pada tubuh pasien (Anggraeni, 2018). Operasi atau pembedahan merupakan tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, dan komplikasi (Rokawie dkk, 2017).

2.2.2 Tahap – Tahap Keperawatan Perioperatif

Ada beberapa tahapan dalam keperawatan perioperatif dan keberhasilan dari suatu pembedahan tergantung dari setiap tahapan tersebut. Masing-masing tahapan dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula. Adapun tahap-tahap keperawatan perioperatif (Hasanah, 2017) adalah:

1. Tahap pra operasi

Tahap ini merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada tahap ini, kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Bagi perawat perioperatif tahap ini di mulai pada saat pasien diserahkan dikamar operasi dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

2. Tahap intra operasi

Tahap ini dimulai setelah pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Aktivitas di ruang operasi difokuskan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien tanpa mengenyampingkan psikologis pasien. Diperlukan kerjasama yang sinergis antar anggota tim operasi yang disesuaikan dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Salah satu peran dan tanggung jawab perawat adalah dalam hal posisi pasien yang aman untuk aktifitas pembedahan dan anestesi.

3. Tahap pasca operasi

Keperawatan pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi di mulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

2.2.3 Peran Perawat Perioperatif

Perawat perioperatif sebagai anggota tim operasi, mempunyai peran dari dari tahap pra operasi sampai pasca operasi. Secara garis besar maka peran perawat perioperatif adalah (Hasanah, 2017):

1. Perawat administratif: berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Oleh karena tanggung jawab perawat administratif lebih besar maka diperlukan perawat yang mempunyai pengalaman yang cukup di bidang perawatan perioperatif. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Hadini, 2016).
2. Perawat instrumen: Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat di dukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan.
3. Perawat Sirkuler: Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara

area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler.

4. Perawat ruang pemulihan: Menjaga kondisi pasien sampai pasien sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap adalah satu tugas perawat ruang pemulihan. Perawat yang bekerja di ruang pemulihan harus mempunyai keterampilan dan pengetahuan tentang keperawatan gawat darurat karena kondisi pasien bisa memburuk sewaktu-waktu pada tahap pasca operasi.
5. Perawat anestesi: Peran perawat anestesi mulai dari tahap pra operasi, intra operasi dan pasca operasi. Pada tahap pra operasi, perawat anestesi berperan untuk melakukan *sign in* bersama dengan dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi. Kolaborasi dalam pemberian anestesi dan penanganan komplikasi akibat anestesi antara dokter anestesi dan perawat anestesi, adalah hal yang wajib dilakukan sebagai anggota tim dalam suatu operasi baik dalam pemberian anestesi lokal, anestesi umum dan anestesi regional termasuk spinal anestesi .

2.2.4 Persiapan Pasien Perioperatif di Unit Perawatan

1. Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre-operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu: persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi.

Berbagai persiapan fisik yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain:

1) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2) Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehisiensi (terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka yang

lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

3) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Kadar elektrolit yang biasanya dilakukan pemeriksaan diantaranya adalah kadar natrium serum (normal : 135 -145 mmol/l), kadar kalium serum (normal : 3,5 – 5 mmol/l) dan kadar kreatinin serum (0,70 – 1,50 mg/dl). Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal. Kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

4) Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus di bersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/*lavement*. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi

pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi *cyto* (segera), seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas. Maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara pemasangan *naso gastric tube* (NGT).

5) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (*scheren*) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien di berikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (*pubis*) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya : apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, hemmoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

6) Personal Hygine

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat

mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat diajarkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

7) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi *balance* cairan.

8) Latihan Pra Operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti : nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain:

- a. Latihan nafas dalam, sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat

segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

- b. Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anstesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranstesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setelah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut.
- c. Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setelah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena justru jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut/flatus.

2. Persiapan penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah

berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain (Aini, 2018). Sebelum dokter mengambil keputusan untuk melakukan operasi pada pasien, dokter melakukan berbagai pemeriksaan terkait dengan keluhan penyakit pasien sehingga dokter bisa menyimpulkan penyakit yang diderita pasien. Setelah dokter bedah memutuskan untuk dilakukan operasi maka dokter anastesi berperan untuk menentukan apakah kondisi pasien layak menjalani operasi. Untuk itu dokter anastesi juga memerlukan berbagai macam pemeriksaan laboratorium terutama pemeriksaan masa perdarahan (*bledding time*) dan masa pembekuan (*clotting time*) darah pasien, elektrolit serum, Hemoglobin, protein darah, dan hasil pemeriksaan radiologi berupa foto thoraks dan EKG (Hadini, 2016).

Pemeriksaan penunjang antara lain :

- 1) Pemeriksaan Radiologi dan diagnostik, seperti : Foto thoraks, abdomen, foto tulang (daerah fraktur), USG (*Ultra Sono Grafi*), CT scan (*computerized Tomography Scan*) , MRI (*Magnrtic Resonance Imagine*), BNO-IVP, Renogram, Cystoscopy, Mammografi, CIL (*Colon in Loop*), EKG/ECG (*Electro Cardio Grafi*), ECHO, EEG (*Electro Encephalo Grafi*).
- 2) Pemeriksaan Laboratorium, berupa pemeriksaan darah : hemoglobin, angka leukosit, limfosit, LED (laju enap darah), jumlah trombosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan chlorida), CT/BT, ureum kretinin, BUN, dll. Bisa juga dilakukan pemeriksaan pada sumsum tulang jika penyakit terkait dengan kelainan darah.

3) Biopsi, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Biopsi biasanya dilakukan untuk memastikan apakah ada tumor ganas/jinak atau hanya berupa infeksi kronis saja.

4) Pemeriksaan Kadar Gula Darah (KGD).

Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak. Uji KGD biasanya dilakukan dengan puasa 10 jam (puasa jam 10 malam dan diambil darahnya jam 8 pagi) dan juga dilakukan pemeriksaan KGD 2 jam PP.

2.2.5 Persiapan Mental/ Psikis Perioperatif

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya (Bae, 2015). Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Michael, 2015). Contoh perubahan fisiologis yang muncul akibat kecemasan dan ketakutan antara lain: Pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa dibatalkan (Michael, 2015). Pasien wanita yang terlalu cemas menghadapi operasi dapat mengalami menstruasi lebih cepat dari biasanya, sehingga operasi terpaksa harus ditunda (Wahyuni, 2015). Setiap orang mempunyai pandangan yang berbeda dalam menghadapi pengalaman operasi sehingga akan memberikan respon yang berbeda pula, akan tetapi sesungguhnya perasaan takut dan

cemas selalu dialami setiap orang dalam menghadapi pembedahan (Hadini, 2016). Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain (Srinayanti, 2017):

1. Takut nyeri setelah pembedahan
2. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (*body image*)
3. Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti)
4. Takut mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
5. Takut menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
6. Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
7. Takut operasi gagal.

Untuk mengurangi dan mengatasi kecemasan pasien, perawat dapat menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi, antara lain (Srinayanti, 2017):

1. Pengalaman operasi sebelumnya.
Persepsi pasien dan keluarga tentang tujuan/alasan tindakan operasi
Pengetahuan pasien dan keluarga tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi. Pengetahuan pasien dan keluarga tentang prosedur (pre, intra, post operasi)
2. Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti : latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM. Persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi

pengambilan keputusan pasien dan keluarganya. Sehingga tidak jarang pasien menolak operasi yang sebelumnya telah disetujui dan biasanya pasien pulang tanpa operasi dan beberapa hari kemudian datang lagi ke rumah sakit setelah merasa sudah siap dan hal ini berarti telah menunda operasi yang mestinya sudah dilakukan beberapa hari/minggu yang lalu. Oleh karena itu persiapan mental pasien menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga/orang terdekat pasien.

3. Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga dan perawat. Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi. Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental dapat dilakukan dengan berbagai cara: Membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi. Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi, meskipun demikian ada keluarga yang tidak menghendaki pasien mengetahui tentang berbagai hal yang terkait dengan operasi yang akan dialami pasien. Memberikan penjelasan terlebih dahulu sebelum setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Misalnya: jika pasien harus puasa, perawat akan menjelaskan kapan mulai puasa dan

sampai kapan, manfaatnya untuk apa, dan jika diambil darahnya, pasien perlu diberikan penjelasan tujuan dari pemeriksaan darah yang dilakukan. Diharapkan dengan pemberian informasi yang lengkap, kecemasan yang dialami oleh pasien akan dapat diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik.

4. Memberi kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien di antar ke kamar operasi. Mengoreksi pengertian yang salah tentang tindakan pembedahan dan hal-hal lain karena pengertian yang salah akan menimbulkan kecemasan pada pasien. Kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat pre medikasi, seperti valium dan diazepam tablet sebelum pasien tidur untuk menurunkan kecemasan dan pasien dapat tidur sehingga kebutuhan istirahatnya terpenuhi. Pada saat pasien telah berada di ruang serah terima pasien di kamar operasi, petugas kesehatan di situ akan memperkenalkan diri sehingga membuat pasien merasa lebih tenang. Untuk memberikan ketenangan pada pasien, keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai ke batas kamar operasi dan diperkenankan untuk menunggu di ruang tunggu yang terletak di depan kamar operasi.

2.3 Konsep Dasar Kecemasan atau Kecemasan

2.3.1 Pengertian

Kecemasan adalah emosi dan merupakan pengalaman subyektif individual, mempunyai kekuatan tersendiri dan sulit untuk diobservasi secara

langsung. Perawat dapat mengidentifikasi cemas lewat perubahan tingkah laku klien. Stuart (2016) mendefinisikan cemas sebagai emosi tanpa obyek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui, dan didahului oleh pengalaman baru. Sedangkan takut mempunyai sumber yang jelas dan obyeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut. Lebih jauh dikatakan pula, kecemasan dapat dikomunikasikan dan menular, hal ini dapat mempengaruhi hubungan terapeutik perawat klien. Hal ini menjadi perhatian perawat.

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, phobia tertentu (Davies, 2015).

Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi (Furwanti, 2014).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Gemilang, 2013).

2.3.2 Tanda dan Gejala Kecemasan

Gejala klinis kecemasan menurut Hasanah (2017), Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain:

1. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri, mudah tersinggung. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
2. Takut sendirian, takut pada keramaian, dan banyak orang.
3. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan.
4. Gangguan konsentration dan daya ingat.
5. Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan sebagainya.

2.3.3 Manifestasi Kecemasan

Menurut Kelter *et al* (2012) menyebutkan bahwa manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal berikut ini.

1. Manifestasi kognitif

Yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.

2. Perilaku motorik

Kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.

3. Perubahan somatik

Muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain.

Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.

4. Afektif

Diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

1. Faktor Internal

1) Pengalaman

Menurut Davies (2015) sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang, misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

2) Respon Terhadap Stimulus

Menurut Davies (2015) kemampuan seseorang menelaah rangsangan atau besarnya rangsangan yang diterima akan mempengaruhi kecemasan yang timbul.

3) Usia

Pada usia yang semakin tua maka seseorang semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah (Gunarso, 2015). Karena pengetahuannya banyak maka seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu.

4) Gender

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Furwanti (2014) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan

perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan.

2. Faktor Eksternal

1. Dukungan Keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan (Keltner, 2012).

2. Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar ibu dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan (Gunarso, 2015).

2.3.5 Mekanisme Terhadap Kecemasan

Kecemasan berfungsi sebagai tanda adanya bahaya yang akan terjadi, suatu ancaman terhadap ego yang harus dihindari atau dilawan. Dalam hal ini ego harus mengurangi konflik antara kemauan Id dan Superego. Konflik ini akan selalu ada dalam kehidupan manusia karena menurut Freud, insting akan selalu mencari pemuasan sedangkan lingkungan sosial dan moral membatasi pemuasan tersebut. Sehingga menurut Freud suatu pertahanan akan selalu beroperasi secara luas dalam segi kehidupan manusia (Stuart, 2016).

Jika mekanisme pertahanan bekerja dengan baik, pertahanan akan menjaga segala ancaman tetap berada di luar kesadaran kita. Sebagai hasilnya kita tidak mengetahui kebenaran tentang diri kita sendiri. Kita telah terpecah

oleh gambaran keinginan, ketakutan, kepemilikan dan segala macam lainnya. Beberapa mekanisme pertahanan menurut Stuart (2016) yang digunakan untuk melawan kecemasan antara lain adalah:

1. Represi

Dalam terminologi Freud, represi adalah pelepasan tanpa sengaja sesuatu dari kesadaran (*conscious*). Pada dasarnya merupakan upaya penolakan secara tidak sadar terhadap sesuatu yang membuat tidak nyaman atau menyakitkan. Konsep tentang represi merupakan dasar dari sistem kepribadian Freud dan berhubungan dengan semua perilaku neurosis.

2. Reaksi Formasi

Reaksi formasi adalah bagaimana mengubah suatu impuls yang mengancam dan tidak sesuai serta tidak dapat diterima norma sosial diubah menjadi suatu bentuk yang lebih dapat diterima. Perbedaan antara perilaku yang diperbuat merupakan benar-benar dengan yang merupakan reaksi formasi adalah intensitas dan keekstrimannya.

3. Proyeksi

Proyeksi adalah mekanisme pertahanan dari individu yang menganggap suatu impuls yang tidak baik, agresif dan tidak dapat diterima sebagai bukan miliknya melainkan milik orang lain. Pada proyeksi impuls itu masih dapat bermanifestasi namun dengan cara yang lebih dapat diterima oleh individu tersebut.

4. Regresi

Regresi adalah suatu mekanisme pertahanan saat individu kembali ke masa periode awal dalam hidupnya yang lebih menyenangkan dan bebas

dari frustrasi dan kecemasan yang saat ini dihadapi. Regresi biasanya berhubungan dengan kembalinya individu ke suatu tahap perkembangan psikoseksual. Individu kembali ke masa dia merasa lebih aman dari hidupnya dan dimanifestasikan oleh perilakunya di saat itu, seperti kekanak-kanakan dan perilaku dependen.

5. Rasionalisasi

Rasionalisasi merupakan mekanisme pertahanan yang melibatkan pemahaman kembali perilaku kita untuk membuatnya menjadi lebih rasional dan dapat diterima oleh kita. Kita berusaha memaafkan atau mempertimbangkan suatu pemikiran atau tindakan yang mengancam kita dengan meyakinkan diri kita sendiri bahwa ada alasan yang rasional dibalik pikiran dan tindakan itu. Misalnya seorang yang dipecat dari pekerjaan mengatakan bahwa pekerjaannya itu memang tidak terlalu bagus untuknya. Jika anda sedang bermain tenis dan kalah maka anda akan menyalahkan raket dengan cara membantingnya atau melemparnya daripada anda menyalahkan diri anda sendiri telah bermain buruk. Itulah yang dinamakan rasionalisasi. Hal ini dilakukan karena dengan menyalahkan objek atau orang lain akan sedikit mengurangi ancaman pada individu itu.

6. Pemindahan

Suatu mekanisme pertahanan dengan cara memindahkan impuls terhadap objek lain karena objek yang dapat memuaskan Id tidak tersedia. Misalnya seorang anak yang kesal dan marah dengan orang tuanya, karena perasaan takut berhadapan dengan orang tua maka rasa kesal dan marahnya itu ditimpakan kepada adiknya yang kecil. Pada mekanisme ini objek pengganti

adalah suatu objek yang menurut individu bukanlah merupakan suatu ancaman.

7. Sublimasi

Berbeda dengan *displacement* yang mengganti objek untuk memuaskan Id, sublimasi melibatkan perubahan atau penggantian dari impuls Id itu sendiri. Energi instingtual dialihkan ke bentuk ekspresi lain, yang secara sosial bukan hanya diterima namun dipuji. Misalnya energi seksual diubah menjadi perilaku kreatif yang artistik.

8. Isolasi

Isolasi adalah cara kita untuk menghindari perasaan yang tidak dapat diterima dengan cara melepaskan mereka dari peristiwa yang seharusnya mereka terikat, merepresikannya dan bereaksi terhadap peristiwa tersebut tanpa emosi. Hal ini sering terjadi pada psikoterapi. Pasien berkeinginan untuk mengatakan kepada terapis tentang perasaannya namun tidak ingin berkonfrontasi dengan perasaan yang dilibatkan itu. Pasien kemudian akan menghubungkan perasaan tersebut dengan cara pelepasan yang tenang walau sebenarnya ada keinginan untuk mengeksplorasi lebih jauh.

9. Undoing

Dalam *undoing*, individu akan melakukan perilaku atau pikiran ritual dalam upaya untuk mencegah impuls yang tidak dapat diterima. Misalnya pada pasien dengan gangguan obsesif kompulsif, melakukan cuci tangan berulang kali demi melepaskan pikiran-pikiran seksual yang mengganggu.

10. Intelektualisasi

Sering bersamaan dengan isolasi; individu mendapatkan jarak yang lebih jauh dari emosinya dan menutupi hal tersebut dengan analisis intelektual yang abstrak dari individu itu sendiri.

2.3.6 Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2016), membagi tingkat kecemasan menjadi 4 tingkatan yaitu :

1. Kecemasan Ringan

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

1. Respon Fisiologis

- a. Sesekali nafas pendek
- b. Nadi dan tekanan darah naik
- c. Gejala ringan pada lambung
- d. Muka berkerut dan bibir bergetar

2. Respon Kognitif

- a. Lapang persepsi meluas
- b. Mampu menerima rangsangan yang kompleks
- c. Konsentrasi pada masalah
- d. Menyelesaikan masalah secara efektif

b. Respon perilaku dan Emosi

- a. Tidak dapat duduk tenang
- b. Tremor halus pada tangan

c. Suara kadang-kadang meninggi

2. Kecemasan sedang

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

1. Respon Fisiologis

- a. Sering nafas pendek
- b. Nadi ekstra systole dan tekanan darah naik
- c. Mulut kering
- d. Anorexia
- e. Diare/konstipasi
- f. Gelisah

2. Respon Kognitif

- a. Lapang persepsi menyempit
- b. Rangsang Luar tidak mampu diterima
- c. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

3. Respon Prilaku dan Emosi

- a. Gerakan tersentak-sentak (meremas tangan)
- b. Bicara banyak dan lebih cepat
- c. Perasaan tidak nyaman

3. Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat lahan persepsi menjadi sempit. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal-hal yang lain.

Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntutan.

- a. Respon Fisiologis
 - a. Sering nafas pendek
 - b. Nadi dan tekanan darah naik
 - c. Berkeringat dan sakit kepala
 - d. Penglihatan kabur
- b. Respon Kognitif
 - a. Lapang persepsi sangat menyempit
 - b. Tidak mampu menyelesaikan masalah
- c. Respon Prilaku dan Emosi
 - a. Perasaan ancaman meningkat
 - b. Verbalisasi cepat
 - c. *Blocking*

4. Panik

Pada tingkat ini persepsi sudah terganggu sehingga individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/tuntunan.

- a. Respon Fisiologis
 - a. Nafas pendek
 - b. Rasa tercekik dan berdebar
 - c. Sakit dada

- d. Pucat
 - e. Hipotensi
- b. Respon Kognitif
- a. Lapang persepsi menyempit
 - b. Tidak dapat berfikir lagi
- c. Respon Perilaku dan Emosi
- a. Agitasi, mengamuk dan marah
 - b. Ketakutan, berteriak-teriak, blocking
 - c. Persepsi Kacau
 - d. Kecemasan yang timbul dapat diidentifikasi melalui respon yang dapat berupa respon fisik, emosional, dan kognitif atau intelektual.
- d. Respon Fisiologis
- a. Kardiovaskuler: Palpitasi berdebar, tekanan darah meningkat/menurun, nadi meningkat/menurun
 - b. Saluran Pernafasan: Nafas cepat dangkal, rasa tertekan di dada, rasa seperti tercekik
 - c. Gastrointestinal: Hilang nafsu makan, mual, rasa tak enak pada epigastrium, diare
 - d. Neuromuskuler: Peningkatan refleks, wajah tegang, insomnia, gelisah, kelelahan secara umum, ketakutan, tremor
 - e. Saluran Kemih: Tak dapat menahan buang air kecil
 - f. Sistem Kulit: Muka pucat, perasaan panas/dingin pada kulit, rasa terbakar pada muka, berkeringat setempat atau seluruh tubuh dan gatal-gatal

- g. Respon Kognitif: konsentrasi menurun, pelupa, ruang persepsi berkurang atau menyempit, takut kehilangan kontrol, obyektifitas hilang
- h. Respon emosional: Kewaspadaan meningkat, tidak sadar, takut, gelisah, pelupa, cepat marah, kecewa, menangis dan rasa tidak berdaya.

2.3.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Pasien Pre Operasi

Menurut Rondonuwu (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien pre operasi antara lain :

1. Nyeri dan Ketidaknyamanan (*Pain And Discomfort*)

Suatu yang umum dan biasa terjadi pada pasien pre operasi akibat pembedahan. Perawat bertugas memberikan informasi dan meyakinkan kepada pasien bahwa pembedahan tidak akan dilakukan tanpa diberikan anestesi terlebih dahulu. Pada pembedahan akan timbul reaksi nyeri pada daerah luka dan pasien merasa takut untuk melakukan gerakan tubuh atau latihan ringan akibat nyeri pada daerah perlukaan. Faktor tersebut akan menimbulkan cemas pada pasien pre-operasi.

2. Ketidaktahuan (*Unknow*)

Cemas pada hal-hal yang belum diketahui sebelumnya adalah suatu hal yang umum terjadi. Ini disebabkan karena kurangnya informasi tentang pembedahan.

3. Kerusakan atau Kecacatan (*Mutilation*)

Cemas akan terjadi kerusakan atau perubahan bentuk tubuh merupakan salah satu faktor bukan hanya ketika dilakukan amputasi tetapi juga pada operasi-operasi kecil. Hal ini sangat dirasakan oleh pasien sebagai suatu yang sangat mengganggu *body image*.

4. Kematian (*Death*)

Cemas akan kematian disebabkan oleh beberapa faktor yaitu : ketika pasien mengetahui bahwa operasi yang akan dilakukan akan mempunyai resiko yang cukup besar pada tubuh sehingga akan menyebabkan kematian.

5. Anestesi (*Anesthesia*)

Pasien akan mempersepsikan bahwa setelah dibius pasien tidak akan sadar, tidur terlalu lama dan tidak akan bangun kembali. Pasien mengkhawatirkan efek samping dari pembiusan seperti kerusakan pada otak, paralisis, atau kehilangan kontrol ketika dalam keadaan tidak sadar.

2.3.8 Cara mengukur tingkat kecemasan seseorang

Kecemasan atau kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Nol Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic*

yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala *HARS* Menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* yang dikutip Hamdani (2016), penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

1. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala *somatik*: nyeri path otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
10. Gejala pemapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.

11. Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital: sering keneing, tidak dapat menahan keneing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = Satu dari gejala yang ada

2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada

3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

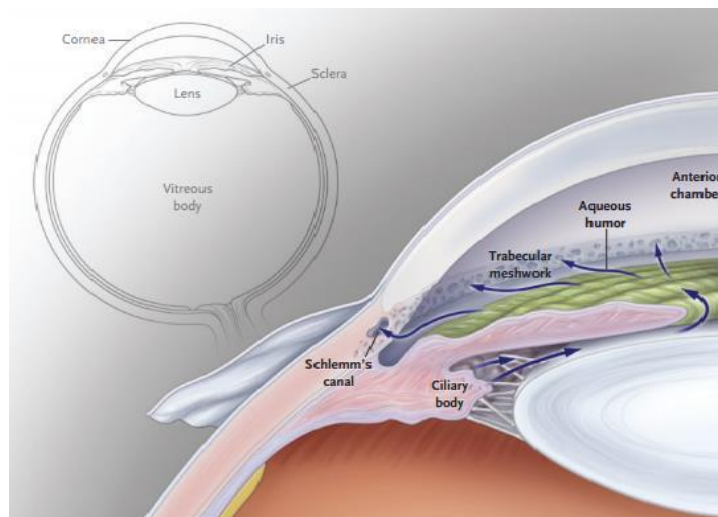
Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

2.4 Konsep Dasar Glaukoma

2.4.1 Definisi Glaukoma.

Glaukoma adalah kumpulan penyakit mata yang terdiri dari atrofi papil optikus glaukomatosa (N II) dan defek luas lapang pandang yang karakteristik (sejalan dengan kelainan saraf optik). Peningkatan tekanan intraokular (TIO) merupakan salah satu faktor risiko utama. Rentang TIO normal adalah 10-21 mmHg; bila TIO di atas 21 mmHg, maka dikatakan tekanan intraokularnya meningkat (Rita S Sitorus, dkk, 2017).



Gambar 2.1 Produksi dan sirkulasi humor aquos

Glaukoma merupakan penyakit yang mengakibatkan kerusakan saraf optik sehingga terjadinya gangguan pada sebagian atau seluruh lapang pandang, yang diakibatkan oleh tingginya tekanan bola mata seseorang, biasanya disebabkan karena adanya hambatan pengeluaran cairan bola mata (*humor aquous*). Kerusakan saraf pada glaukoma umumnya terjadi karena peningkatan tekanan dalam bola mata. Bola mata normal memiliki kisaran tekanan antara 10-20 mmHg sedangkan penderita glaukoma memiliki tekanan mata yang lebih dari normal bahkan terkadang dapat mencapai 50-

60 mmHg pada keadaan akut. Tekanan mata yang tinggi akan menyebabkan kerusakan saraf, semakin tinggi tekanan mata akan semakin berat kerusakan saraf yang terjadi.

Glaukoma adalah gangguan neuropati kronik yang ditandai dengan pengecungan cawan optik dan kehilangan lapang pandang. Hal ini biasanya berkaitan dengan meningkatnya tekanan intraokular (Vaughan dan Asbury, 2015).

Simpulan dari beberapa definisi peneliti tentang glaukoma yaitu kelainan yang disebabkan oleh kenaikan tekanan di dalam bola mata sehingga lapang pandang dan visus mengalami gangguan secara progresif.

Mekanisme peningkatan tekanan intraokular pada glaukoma adalah gangguan aliran keluar aqueous humor akibat kelainan sistem drainase sudut bilik mata depan (glaukoma sudut terbuka) atau gangguan akses aqueous humor ke sistem drainase (glaukoma sudut tertutup) . Terapi ditujukan untuk menurunkan tekanan intraokular dan, apabila mungkin, memperbaiki sebab yang mendasarinya. Walaupun tekanan intraokular glaukoma tekanan normal berada kisaran normal, penurunan tekanan intraokular mungkin masih ada manfaatnya.

Tekanan intraokular diturunkan dengan cara mengurangi produksi aqueous humor atau dengan meningkatkan aliran keluaranya, menggunakan obat, laser, atau pembedahan. Obat-obatan, yang biasanya diberikan secara topikal, tersedia untuk menurunkan produksi aqueous atau meningkatkan aliran keluar aqueous. Pembuatan pintas sistem drainase melalui pembedahan bermula pada kebanyakan bentuk glaukoma bila terdapat

kegagalan respons terapi dengan obat. Pada kasus-kasus yang sulit ditangani, dapat digunakan laser, krioterapi, dan diatermi untuk mengablasi corpus ciliare sehingga produk aqueous humor menurun.

Perbaikan akses aqueous humor menuju sudut mata depan pada glaukoma sudut tertutup dapat dicapai dengan iridotomi laser perifer atau iridektomi bedah bila penyebabnya hambatan pupil, dengan miosis bila ada desakan sudut; atau dengan sikloplegia bila terdapat pergeseran lensa ke anterior. Pada glaukoma sekunder, selalu dipertimbangkan terapi untuk mengatasi kelainan primernya.

Pada semua pasien glaukoma, perlu tidaknya diberikan terapi dan efektivitas terapi ditentukan dengan melakukan pengukuran tekanan intraokular (tonometri), inspeksi diskus optikus, dan pengukuran lapangan pandang secara teratur.

2.4.2 Klasifikasi Glaukoma

Klasifikasi dari glaukoma menurut Ilyas (2014) sebagai berikut :

1. Glaukoma Primer.

Glaukoma yang tidak diketahui penyebabnya. Pada glaukoma akut yaitu timbul pada mata yang memiliki bakat bawaan berupa sudut bilik depan yang sempit pada kedua mata. Pada glaukoma kronik yaitu karena keturunan dalam keluarga, DM Arteri osklerosis, pemakaian kortikosteroid jangka panjang, miopia tinggi dan progresif dan lain-lain dan berdasarkan anatomis dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Glaukoma sudut terbuka / simplek (kronis).

Glaukoma sudut terbuka merupakan sebagian besar dari glaukoma (90-95%), yang meliputi kedua mata. Timbulnya kejadian dan kelainan berkembang disebut sudut terbuka karena humor aqueous mempunyai pintu terbuka ke jaringan trabekular. Pengaliran dihambat oleh perubahan degeneratif jaringan trabekular, saluran schlem, dan saluran yang berdekatan. Perubahan saraf optik juga dapat terjadi. Gejala awal biasanya tidak ada, kelainan diagnose dengan peningkatan TIO dan sudut ruang anterior normal. Peningkatan tekanan dapat dihubungkan dengan nyeri mata yang timbul.

b. Glaukoma sudut tertutup / sudut semu (akut).

Glaukoma sudut tertutup (sudut sempit), disebut sudut tertutup karena ruang anterior secara otomatis menyempit sehingga iris terdorong ke depan, menempel ke jaringan trabekuler dan menghambat *humor aqueos* mengalir ke saluran *schlem*. Pengerakan iris ke depan dapat karena peningkatan tekanan vitreus, penambahan cairan diruang posterior atau lensa yang mengeras karena usia tua. Gejala yang timbul dari penutupan yang tiba-tiba dan meningkatnya TIO, dapat nyeri mata yang berat, penglihatan kabur. Penempelan iris menyebabkan dilatasi pupil, tidak segera ditangani akan terjadi kebutaan dan nyeri yang hebat.

2. Glaukoma Sekunder

Glaukoma sekunder adalah glaukoma yang diakibatkan oleh penyakit mata lain atau trauma didalam bola mata, yang menyebabkan penyempitan

sudut/peningkatan volume cairan dari dalam mata. Misalnya glaukoma sekunder oleh karena hifema, laksasi/sub laksasi lensa, katarak instrumen, oklusio pupil, pasca bedah intra okuler.

3. Glaukoma Kongenital

Glaukoma Kongenital adalah perkembangan abnormal dari sudut filtrasi dapat terjadi sekunder terhadap kelainan mata sistemik jarang (0,05 %) manifestasi klinik biasanya adanya pembesaran mata (*bulfamos*), lakrimasi.

4. Glaukoma absolut

Glaukoma absolut merupakan stadium akhir glaukoma (sempit/ terbuka) dimana sudah terjadi kebutaan total akibat tekanan bola mata memberikan gangguan fungsi lanjut. Pada glaukoma absolut kornea terlihat keruh, bilik mata dangkal, papil atrofi dengan eksvasi glaukomatosa, mata keras seperti batu dan dengan rasa sakit sering mata dengan buta ini mengakibatkan penyumbatan pembuluh darah sehingga menimbulkan penyulit berupa neovaskulisasi pada iris, keadaan ini memberikan rasa sakit sekali akibat timbulnya glaukoma hemoragik. Pengobatan glaukoma absolut dapat dengan memberikan sinar beta pada badan siliar, alkohol retrobulber atau melakukan pengangkatan bola mata karena mata telah tidak berfungsi dan memberikan rasa sakit.

2.4.3 Patofisiologi Glaukoma

Mekanisme utama penurunan penglihatan pada penyakit glaukoma disebabkan oleh penipisan lapisan serabut saraf dan lapisan inti dalam retina

serta berkurangnya akson di nervus optikus yang diakibatkan oleh kematian sel ganglion retina, sehingga terjadi penyempitan lapangan pandang. Ada dua teori mengenai mekanisme kerusakan serabut saraf oleh peningkatan tekanan intraokular, pertama peningkatan tekanan intraokular menyebabkan kerusakan mekanik pada akson nervus optikus. Peningkatan tekanan intraokular menyebabkan iskemia akson saraf akibat berkurangnya aliran darah pada papil nervi optici (Vaughan dan Asbury, 2015).

Tingginya tekanan intraokular bergantung pada besarnya produksi humor aquelus oleh badan siliari dan mengalirkannya keluar. Besarnya aliran keluar humor aquelus melalui sudut bilik mata depan juga bergantung pada keadaan kanal Schlemm dan keadaan tekanan episklera. Tekanan intraokular dianggap normal bila kurang dari 20 mmHg pada pemeriksaan dengan tonometer Schiötz (aplasti). Jika terjadi peningkatan tekanan intraokuli lebih dari 23 mmHg, diperlukan evaluasi lebih lanjut. Secara fisiologis, tekanan intraokuli yang tinggi akan menyebabkan terhambatannya aliran darah menuju serabut saraf optik dan ke retina. Iskemia ini akan menimbulkan kerusakan fungsi secara bertahap (Vaughan dan Asbury, 2015).

2.4.4 Manifestasi Klinis.

Glaukoma merupakan penyakit yang dapat mencuri penglihatan tanpa adanya gejala. Beberapa fakta yang mengkhawatirkan tentang glaukoma adalah glaukoma adalah penyebab kebutaan, tidak ada obat untuk glaukoma, setiap orang berisiko dan mungkin tidak ada gejala. Manifestasi

klinis yang dapat ditemukan pada penderita glaukoma adalah sebagai berikut (Debjit, 2012):

- a. Peningkatan TIO
- b. Penyempitan lapang pandang
- c. Penglihatan menurun
- d. Mual dan muntah
- e. Seperti melihat lingkaran cahaya di sekitar lampu dan sensitif terhadap cahaya
- f. Mata merah
- g. Pembengkakan pada satu atau kedua mata

2.4.5 Penatalaksanaan Glaukoma

Penatalaksanaan glaukoma menurut Tamsuri (2012) meliputi :

- 1) Pengobatan bagi pasien glaukoma.

Pengobatan dilakukan dengan prinsip untuk menurunkan TIO, membuka sudut yang tertutup (pada glaukoma sudut tertutup), melakukan tindakan suportif (mengurangi nyeri, mual, muntah, serta mengurangi radang), mencegah adanya sudut tertutup ulang serta mencegah gangguan pada mata yang baik (sebelahnya). Upaya menurunkan TIO dilakukan dengan memberikan cairan hiperosmotik seperti gliserin per oral atau dengan menggunakan manitol 20% intravena. Humor aqueus ditekan dengan menggunakan karbonik anhidrase seperti acetazolamide (Acetazolam, Diamox), dorzolamide (TruShop), methazolamide (Nepthazane). Penurunan *humor aqueus* dapat juga dilakukan dengan memberikan agens penyekat beta adrenergic seperti latanoprost (Xalatan),

timolol (Timopic), atau levobunolol (Begatan). Untuk melancarkan aliran humor aqueus, dilakukan konstriksi pupil dengan miotikum seperti pilocarpine hydrochloride 2-4% setiap 3-6 jam. Miotikum ini menyebabkan pandangan kabur setelah 1-2 jam penggunaan. Pemberian miotikum dilakukan apabila telah terdapat tanda-tanda penurunan TIO.

Penanganan nyeri, mual, muntah dan peradangan dilakukan dengan memberikan analgesik seperti pethidine (Demerol), antimuntah atau kortikosteroid untuk reaksi radang.

Jika tindakan pengobatan tidak berhasil, dilakukan operasi untuk membuka saluran Schlemm sehingga cairan yang banyak diproduksi dapat keluar dengan mudah. Tindakan pembedahan dapat dilakukan seperti trabekulektomi dan laser trabekuloplasti. Bila tindakan ini gagal, dapat dilakukan siklokrioterapi (pemasangan selaput beku).

2) Penatalaksanaan keperawatan bagi pasien glaukoma.

Penatalaksanaan keperawatan lebih menekankan pada pendidikan kesehatan terhadap penderita dan keluarganya karena 90% dari penyakit glaukoma merupakan penyakit kronis dengan hasil pengobatan yang tidak permanen. Kegagalan dalam pengobatan untuk mengontrol glaukoma dan adanya pengabaian untuk mempertahankan pengobatan dapat menyebabkan kehilangan penglihatan progresif dan mengakibatkan kebutaan.

Klien yang mengalami glaukoma harus mendapatkan gambaran tentang penyakit ini serta penatalaksanaannya, efek pengobatan, dan tujuan akhir pengobatan itu. Pendidikan kesehatan yang diberikan harus

menekankan bahwa pengobatan bukan untuk mengembalikan fungsi penglihatan, tetapi hanya mempertahankan fungsi penglihatan yang masih ada. Dalam hal ini diperlukan adanya dukungan keluarga bagi penderita glaukoma, keluarga dapat memberikan dorongan (motivasi) dan bantuan fisik terhadap anggota keluarga yang sakit.

2.4.6 Pemeriksaan Diagnostik Glaukoma

Pemeriksaan diagnostik menurut Ilyas (2015) terdiri dari 4 yaitu :

1. Pemeriksaan Tajam Penglihatan

Pemeriksaan tajam penglihatan merupakan pemeriksaan khusus untuk glaukoma.

a. Tonometri

Tonometri diperlukan untuk mengukur tekanan bola mata. Dikenal empat cara tonometri, untuk mengetahui tekanan intra ocular yaitu :

- (1) Palpasi atau digital dengan jari telunjuk
- (2) Indentasi dengan tonometer schiotz
- (3) Aplanasi dengan tonometer aplanasi goldmann
- (4) Nonkontak pneumotonometri

b. Gonioskopi

Gonioskopi adalah suatu cara untuk memeriksa sudut bilik mata depan dengan menggunakan lensa kontak khusus. Dalam hal glaukoma gonioskopi diperlukan untuk menilai lebar sempitnya sudut bilik mata depan.

c. Oftalmoskopi

Pemeriksaan fundus mata, khususnya untuk mempertahankan keadaan papil saraf optik, sangat penting dalam pengelolaan glaukoma yang kronik. Papil saraf optik yang dinilai adalah warna papil saraf optik dan lebarnya ekskavasi. Apakah suatu pengobatan berhasil atau tidak dapat dilihat dari ekskavasi yang luasnya tetap atau terus melebar.

d. Pemeriksaan Lapang Pandangan

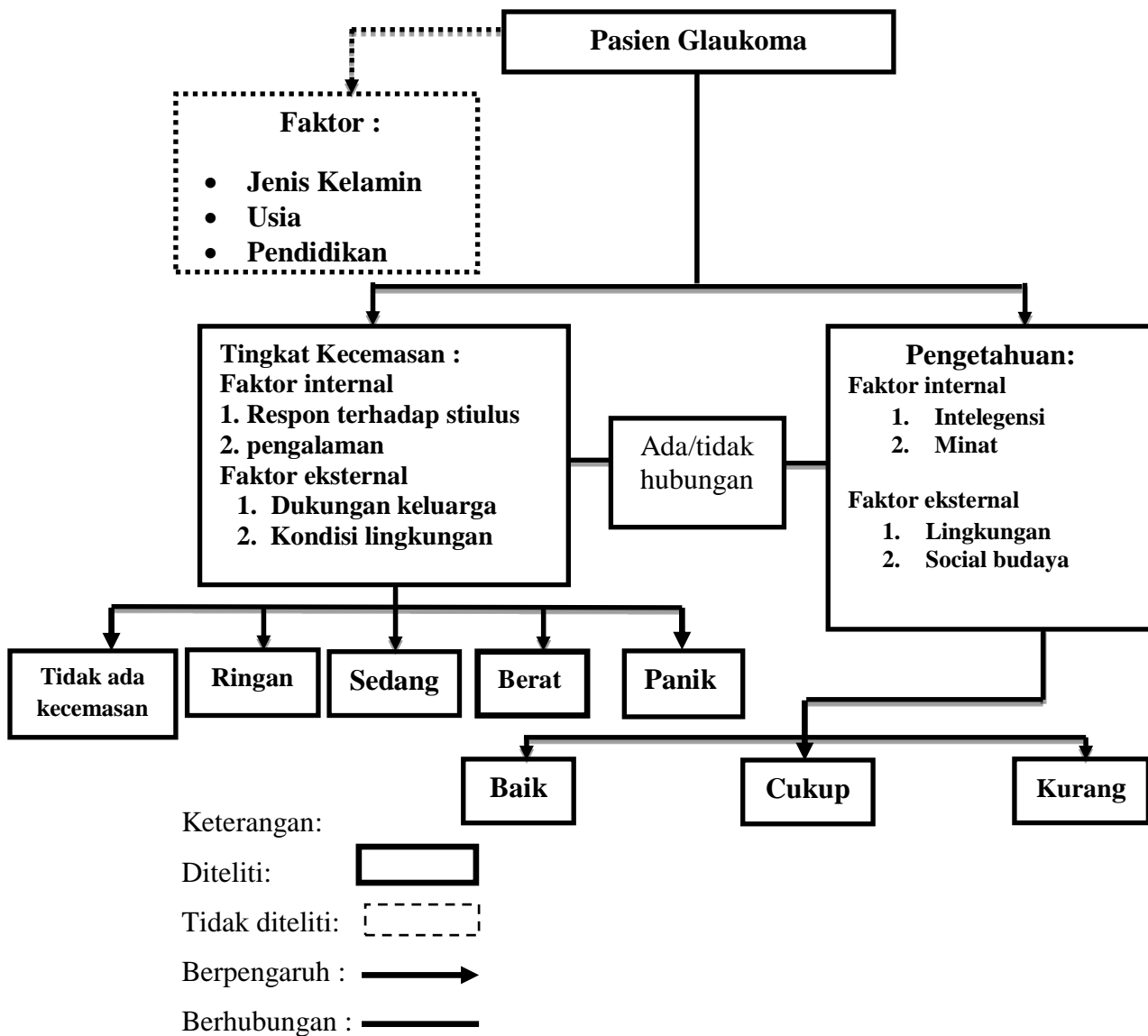
Lapang pandangan adalah bagian ruangan yang terlihat oleh satu mata dalam sikap diam memandang lurus ke depan. Pemeriksaan lapang pandangan diperlukan untuk mengetahui adanya penyakit tertentu ataupun untuk menilai progresivitas penyakit (Ilyas, 2012).

Pada pemeriksaan lapangan pandangan, kita menentukan batas perifer dari penglihatan, yaitu batas sampai mana benda dapat dilihat, jika mata difiksasi pada satu titik. Sinar yang datang dari tempat fiksasi jatuh di makula, yaitu pusat melihat jelas (tajam), sedangkan yang datang dari sekitarnya jatuh di bagian retina. Lapangan pandang yang normal mempunyai bentuk tertentu, dan tidak sama ke semua arah. Seseorang dapat melihat ke lateral sampai sudut 90-100 derajat dari titik fiksasi, ke medial 60 derajat, ke atas 50-60 derajat dan ke bawah 60-75 derajat. Pemeriksaan lapang pandangan penting dilakukan untuk mendiagnosis dan menindaklanjuti pasien glaukoma.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah abstraksi dari variabel yang diamati dalam bentuk bagan agar mudah diinformasikan (Sopiyudin, 2014), kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1
Kerangka Konseptual Hubungan Pengetahuan Perioperatif Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu asumsi dari pernyataan tentang hubungan antara dua variabel atau lebih, variabel yang diharapkan dapat menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Sopiyudin, 2014).

H1 diterima : Ada Hubungan Pengetahuan Perioperatif dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancang Bangun penelitian

Rancang atau desain penelitian adalah hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017).

Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah desain penelitian Analitik korelasional dengan pendekatan Cross-sectional. Penelitian analitik yaitu penelitian yang bertujuan menjelaskan, memberi suatu nama, situasi atau fenomena dalam menemukan ide baru. Sedangkan cross sectional adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali atau satu saat (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini cara pengambilan data yaitu dua variabel atau variabel pengetahuan perioperatif dan variabel tingkat kecemasan pre operasi glaukoma diambil sekaligus dalam waktu yang bersamaan.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

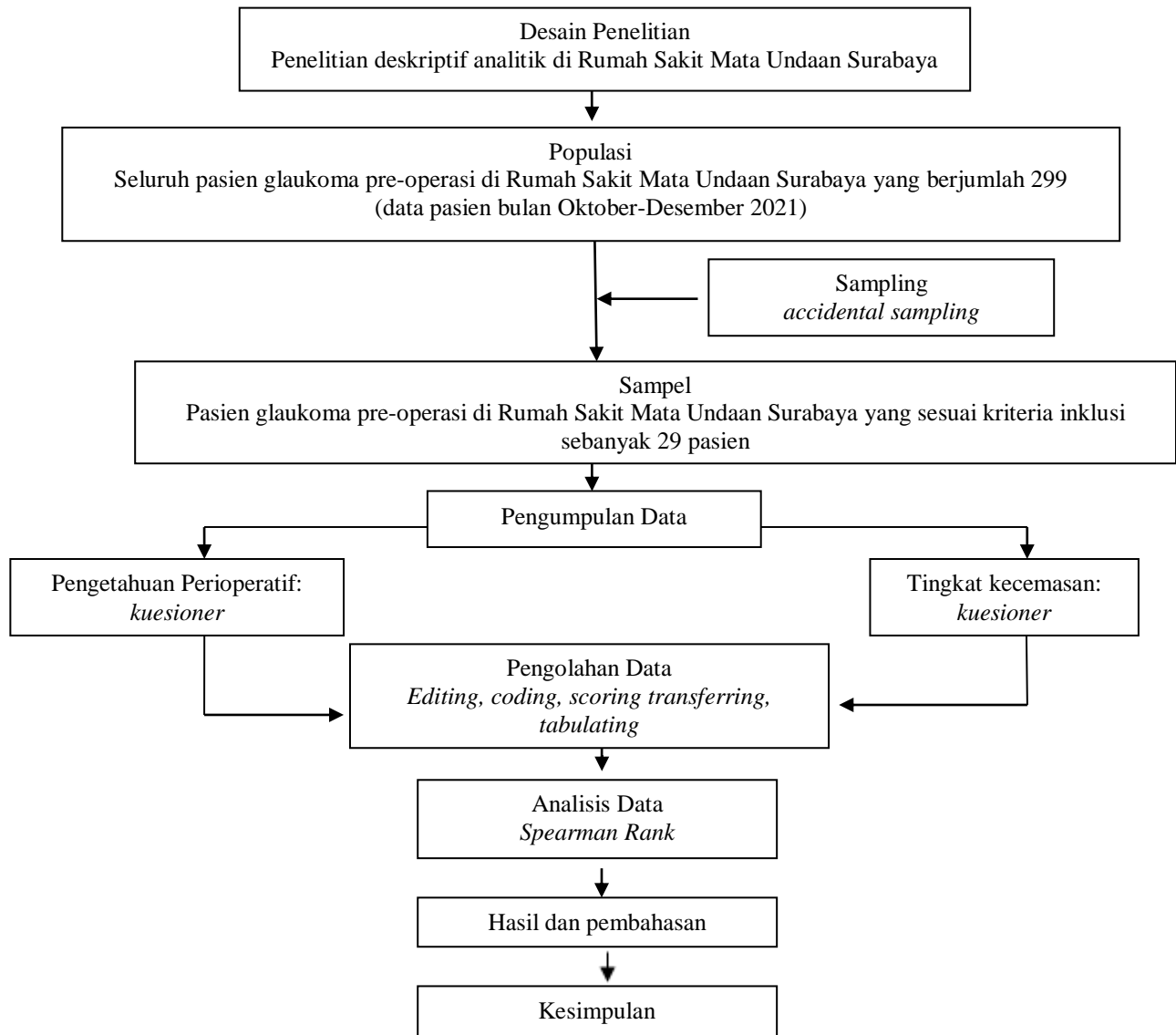
1. Lokasi

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

2. Waktu

Waktu penelitian dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan dilakukan pada bulan Januari sampai bulan April 2022

4.3 Kerangka Penelitian/Kerangka Kerja (Frame work)



Gambar 4.1 Kerangka Penelitian Hubungan Pengetahuan Perioperatif dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

4.4 Sampling Desain

4.4.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Populasi adalah keseluruhan objek

penelitian atau objek yang diteliti. Populasi adalah keseluruhan subyek/ elemen/ unit/ item dari sebuah riset (Notoatmodjo, 2015). Populasi penelitian ini adalah seluruh klien glaukoma yang akan melakukan operasi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sebanyak 299 orang.

4.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, apabila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada populasi, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut dan dapat diberlakukan untuk populasi (dapat mewakili) (Sugiyono, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien glaucoma yang akan melakukan operasi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sebanyak 29 responden.

4.4.3 Kriteria Inklusi Penelitian

Kriteria inklusi adalah kriteria yang ditetapkan pada subjek penelitian untuk mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo,2015).

Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu:

- 1) Pasien yang akan dilakukan operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
- 2) Pasien belum pernah mengalami operasi glaukoma sebelumnya;
- 3) Bersedia menjadi responden.

4.4.4 Besar Sampel

Besar sampel pada penelitian ini dihitung berdasarkan rumus besar sampel untuk penelitian analitik korelatif seperti berikut :

$$n = \left(\frac{za + zb}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{1,96 + 0,846}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0,5}{1-0,5} \right)} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2,806}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1,5}{0,5} \right)} \right)^2 + 3$$

$$n = \left(\frac{2,806}{0,549} \right)^2 + 3$$

$$n = 29,12 = 29$$

Keterangan

n = besar sampel z_a adalah nilai Z

α = deviat baku α (kesalahan tipe 1 untuk $\alpha = 0,05$ maka nilai $z_\alpha = 1,96$)

β = deviat baku β (kesalahan tipe 2 apabila $\beta = 0,2$ maka $z_\beta = 0,846$)

$r = 0,5$ (berdasarkan hasil penelitian sebelumnya)

\ln = natural logaritma

Berdasarkan hasil perhitungan didapatkan jumlah sampel minimal dalam penelitian ini yang dibutuhkan adalah 29 pasien

Sampel dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *Non probability sampling* dengan metode *accidental sampling*. *Accidental sampling* adalah Teknik pengambilan sampel dimana pengambilan kasus atau responden yang bertemu dengan peneliti yang dianggap cocok dengan karakteristik sampel yang ditentukan akan dijadikan sampel penelitian (Sugiyono, 2012). Kriteria responden yang akan dijadikan sampel sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti.

4.5 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2015)

4.5.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya mempengaruhi variabel lain (Sopiyudin, 2014), variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan perioperatif.

4.5.2 Variabel dependen

Variable dependen adalah variabel yang nilainya dipengaruhi oleh variabel lain (Sopiyudin, 2014), variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien pre-operasi glaukoma.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Pengetahuan Perioperatif Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	operasional				
Variabel bebas	Pengetahuan responden mengenai proses perioperatif glaukoma	Pre-operatif (tahap pre-operasi dimulai ketika keputusan tindakan pembedahan diambil, dan berakhir ketika responden dipindahkan ke kamar operasi) :	Kuesioner pengetahuan perioperatif	Ordinal	Tiap jawaban yang benar diberikan nilai 1 dan salah diberikan nilai 0.
		1. persiapan fisik			Dibagi dalam 3 kategori, yaitu:
		a) status kesehatan fisik secara umum			1) baik: bila responden mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan
		b) status nutrisi			2) cukup: bila responden mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
		c) pencukuran daerah operasi			3) kurang: bila responden mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari
		d) keseimbangan cairan dan elektrolit			
		e) pengosongan kandung kemih			
		f) latihan pra operasi			
		2. persiapan penunjang			
		3. pemeriksaan status anestesi			
		4. <i>inform consent</i>			

seluruh
pertanyaan.

(Arikunto, 2016)

Variabel terikat:	Respon klien	1. Perasaan kecemasan	Kuesioner	Ordinal	Nilai skor dan
Tingkat	terhadap	2. Ketegangan	dengan		item 1-14 dengan
Kecemasan	perasaan yang	3. Ketakutan	skala HARS		hasil:
Pasien Pre-	tidak	4. Gangguan tidur			1. Skor kurang
Operasi	menyenangka	5. Gangguan			dari 6 = tidak
glaukoma	n yang dapat	kecerdasan			ada
	mengakibatkan	6. Perasaan depresi			kecemasan.
	n respon	7. Gejala somatik (otot)			2. Skor 7 – 14 =
	adaptif dan	8. Gejala somatik			kecemasan
	maladaptif	(sensorik)			ringan.
		9. Gejala			3. Skor 15 – 27 =
		kardiovaskuler			kecemasan
		10. Gejala respiratori			sedang.
		11. Gejala			4. Skor 28-41=
		gastrointestinal			kecemasan
		12. Gejala urogenital			berat.
		13. Gejala otonom			5. Skor 42-56 =
		14. Tingkah laku pada			panik
		wawancara			(Hamdayani, 2016)

4.7 Teknik Pengumpulan Data dan Analisa Data

4.7.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian (Notoatmodjo,2015). Alat pengumpulan data berupa *kuesioner* dengan pertanyaan tertutup, terdiri dari dua jenis kuesioner. Pada kuesioner ini terdapat pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. Bentuk pertanyaan ini menggunakan *dichotomous choice* yaitu dalam pertanyaan hanya disediakan 2 jawaban/ alternatif dan responden hanya memilih salah satu diantaranya (Notoatmodjo, 2015).

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah :

1. Kuesioner karakteristik responden

Kuesioner A berisi tentang karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Hasil pengumpulan data subvariabel umur tidak dikategorikan. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tiga yaitu tidak sekolah/SD/SMP, SMA, dan DIII/S1.

2. Kuesioner A

Kuesioner A berisi 15 pertanyaan yang terdiri dari konsep penyakit glaukoma, perioperatif glaukoma, pre, intra, dan pasca operatif yang akan diuji validitas dan reliabilitasnya.

Hasil pengukuran pengetahuan menurut Arikunto (2016), yaitu:

- 1) Tingkat pengetahuan baik: bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan

- 2) Tingkat pengetahuan cukup: bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
- 3) Tingkat pengetahuan kurang: bila subyek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan

3. Kuesioner B

Kuesioner B berisi kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan klien glaukoma. Pengukuran tingkat kecemasan dengan menggunakan skala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya tanda gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Hamdayani (2016) menjelaskan bahwa cara pengukuran dengan skala HARS yaitu cara penilaian kecemasan dengan memberikan nilai pada kategori :

- 0 : tidak ada gejala sama sekali
- 1 : satu dari gejala yang ada
- 2 : sedang atau separuh dari gejala yang ada
- 3 : berat atau lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada
- 4 : sangat berat semua gejala ada

Penentuan tingkat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-

14 dengan hasil:

- 0 = 14 tidak ada kecemasan
- 1 = 15 – 20 kecemasan ringan
- 2 = 21 – 27 kecemasan sedang
- 3 = 28 – 41 kecemasan berat
- 4 = 42 – 56 panik.

4.7.2 Pengumpulan Data

1. Alur Birokrasi Perizinan

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti membuat surat perizinan dari STIKES untuk diserahkan ke lokasi penelitian. Setelah mendapat izin peneliti akan melakukan pengambilan data pada responden.

2. Cara Mengumpulkan Data

Cara pengumpulan data karakteristik responden, data pengetahuan perioperatif dan data tingkat kecemasan menggunakan kuesioner yang diisi sendiri oleh responden (*self administrered questionnaire*). Kuesioner tersebut diberikan oleh peneliti terhadap klien glaukoma yang telah memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

3. Tindakan jika ada kesulitan dalam pengumpulan data

Apabila ada kesulitan dalam pengumpulan data seperti responden yang kesulitan membaca ataupun menulis, maka pengambilan data akan dilakukan secara wawancara oleh peneliti.

4.7.3 Etik Penelitian

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai responden atau subyek penelitian tidak boleh bertentangan dengan etika, oleh karena itu peneliti akan menerapkan prinsip dalam pertimbangan etika meliputi

1. *Informed consent*

Setiap penelitian peneliti memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) kepada responden yang berisi tentang informasi yang

lengkap, tentang tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, potensial bahaya, keuntungan serta metode alternatif pengobatan.

2. *Confidentiality*

Etika penelitian yang kedua adalah kerahasiaan yaitu suatu pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin dapat di akses oleh orang lain selain peneliti.

3. *Anonymity*

Etika yang ketiga adalah suatu jaminan kerahasiaan identitas dari responden. Responden mempunyai hak untuk tetap anonim (menyembunyikan nama) sepanjang penelitian. Identitas responden diberikan kode tertentu sehingga bukan nama terang responden, peneliti hanya mencantumkan kode yang akan dilampirkan dalam hasil penelitian. Kesesuaian nama responden dan kode tersebut hanya diketahui oleh peneliti.

4. *Beneficence*

Prinsip *beneficence* menekankan pada manfaat dan kebaikan yang akan diterima oleh responden (Arikunto, 2016). Manfaat penelitian ini bagi responden antara lain dapat meningkatkan pengetahuan klien terhadap proses pembedahan dan mengetahui tingkat kecemasan yang terjadi, sehingga dalam penatalaksanaan glaukoma berupa tindakan pembedahan dapat terlaksana dengan baik. Dapat dikatakan sebagai masukan bagi perawat dan institusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit khususnya di keperawatan perioperatif. Manfaat

bagi peneliti antara lain dapat mengembangkan wawasan peneliti terkait dengan penelitian yang dilakukan.

5. *Non-maleficence*

Etika yang menegaskan bahwa penelitian tidak berbahaya secara langsung pada subjek penelitian sebagai tujuan utamanya, karena tidak melakukan perlakuan apapun pada subjek penelitian. Subjek penelitian hanya diminta untuk mengisi lembar kuesioner terkait dengan tingkat pengetahuan tentang perioperatif glaukoma dan tingkat kecemasan klien pre operasi glaukoma.

6. *Justice*

Prinsip *justice* diwujudkan dengan memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas memberi setiap orang haknya, serta menekankan pada distribusi seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan. Penerapan prinsip ini dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan perlakuan yang adil mencakup seleksi subyek yang adil dan tidak diskriminatif (tidak membeda-bedakan status sosial, ekonomi, dan budaya), perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak dari keikutsertaan dalam penelitian, dapat mengakses penelitian untuk mengklarifikasi informasi, subyek berhak mendapatkan penjelasan jika diperlukan, serta mengikutsertakan semua responden yang memenuhi kriteria inklusi.

4.7.4 langkah-langkah Analisa

1. *Editing*

Proses *editing* adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Hidayat, 2017). Kuesioner mengenai tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan klien yang akan dioperasi diperiksa meliputi kelengkapan distribusi umum dan kelengkapan jawaban kuesioner.

2. *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Hidayat, 2017). Pada penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu tingkat pengetahuan dan kecemasan klien. Pada kuesioner 2 variabel tersebut terdapat pertanyaan *unfavorabel* dan *favorabel*. Pemberian koding pada penelitian ini meliputi:

1. Variabel tingkat pengetahuan

- 1) baik = 1: jika skor jawaban 12-15 benar,
- 2) cukup = 2 : jika skor jawaban 9-11 benar,
- 3) kurang = 3 : jika skor jawaban 1-8 benar.

2. Variabel tingkat kecemasan klien dengan menggunakan skala HARS

- 1) 0 = tidak ada kecemasan : jika skor jawaban 0-14,
- 2) 1 = ringan : jika skor jawaban 15-20,
- 3) 2 = sedang : jika skor jawaban 21-27,
- 4) 3 = berat : jika skor jawaban 28-41, dan
- 5) 4 = panik : jika skor 42-56

3. *Entry*

Jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel melalui pengolahan komputer (Hidayat, 2017) yaitu SPSS. Data yang sudah di-*coding* dimasukkan sesuai dengan tabel SPSS, untuk tingkat pengetahuan dengan skala ordinal dan tingkat kecemasan klien dengan skala ordinal.

4. *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan dilakukan pembersihan apakah data sudah benar atau belum (Hidayat, 2017). Data yang sudah dimasukkan diperiksa kembali dengan jumlah sampel dengan teknik *accidental sampling* dari kemungkinan data yang belum di *entry*.

5. Teknik Analisis Data

Penelitian ini merupakan penelitian analitik yang melakukan analisis hubungan 2 variabel (*bivariat*) yang keduanya bersifat kategorik, yaitu dengan membandingkan hasil kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif glaukoma (ordinal) dan tingkat kecemasan klien pre operasi glaukoma (ordinal). Tujuan uji adalah untuk mengetahui hubungan antar dua atau lebih variable yang berskala ordinal (Sopiyudin,2014).

Uji korelasi Spearman dengan SPSS pada hakikatnya serupa dengan secara manual. Uji korelasi Spearman adalah uji statistik yang ditujukan untuk mengetahui hubungan antara dua atau lebih variabel berskala Ordinal. Selain Spearman, uji korelasi yang sejenis dengannya adalah Kendall-Tau. Asumsi uji korelasi Spearman adalah data tidak berdistribusi normal dan data diukur dalam skala Ordinal. (Sopiyudin, 2014)

Korelasi Spearman merupakan alat uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif dua variabel bila datanya berskala ordinal (ranking). Nilai korelasi ini disimbolkan dengan ρ (dibaca: rho). Karena digunakan pada data berskala ordinal, untuk itu sebelum dilakukan pengolahan data, data kuantitatif yang akan dianalisis perlu disusun dalam bentuk ranking. Nilai korelasi Spearman berada diantara $-1 \leq 1$. Bila nilai = 0, berarti tidak ada korelasi atau tidak ada hubungannya antara variabel independen dan dependen. Nilai = +1 berarti terdapat hubungan yang positif antara variabel independen dan dependen. Nilai = -1 berarti terdapat hubungan yang negatif antara variabel independen dan dependen. Dengan kata lain, tanda “+” dan “-“ menunjukkan arah hubungan di antara variabel yang sedang dioperasikan.

Uji signifikansi Spearman menggunakan uji Z karena distribusinya mendekati distribusi normal. Kekuatan hubungan antara variabel ditunjukkan melalui nilai korelasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, Fahmi. (2013). *Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Arini, F., Adriatmoko, W., Novita, M. (2017). Perubahan Tanda Vital sebagai Gejala Rasa Cemas sebelum Melakukan Tindakan Pencabutan Gigi pada Mahasiswa Profesi Klinik Bedah Mulut RSGM Universitas Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 5(2).
- Arikunto, S. (2016). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2014). *Sikap Manusia Edisi II*. Yogyakarta Pustaka Pelajar.
- Davies, R. Gabbert, S. Riggs, P. (2015). Anxiety disorders in neurologic illness Current Treatment Options in Neurology. *Neurology Treatment*, 3(5), 333-346.
- Gemilang, J. (2013). *Buku Pintar Manajemen Stress dan Emosi*. Yogyakarta: Mantra Books.
- Gunarso, S, D., Gunarso, Y, D. (2015). *Psikologi Perawatan*. Jakarta: BPK Gunung Mulia.
- Hamdayani, Irma. (2016). *Tingkat Kecemasan Skala HARS (Hamilton Rating Scale For Anxiety)* (Skripsi), Universitas Brawijaya, Malang.
- Hastono, Sutanto. (2017). *Analisa Data Kesehatan (2 Revisi ed.)*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Hidayat, A. (2017). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data (4 ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hasanah, N (2017). Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Informasi Pre Operasi dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(1).
- Ilyas. 2014. Ilmu Penyakit Mata. Edisi Ketiga. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Keltner, Schwecke, Bostrom. (2012). *Psychiatric Nursing*. Philippines: Mosb Inc.
- Kemenkes. (2017). Menkes Luncurkan Peta Jalan Penanggulangan Gangguan Penglihatan, *Profil Kesehatan Kemenkes*.
- Kemenkes. (2019). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Jakarta: Balitbang Kemenkes Republik Indonesia.

- Kholid, Ahmad. (2014). *Promosi Kesehatan: Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasi untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Laraia, Stuart. G. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa: Edisi Revisi dan Terjemahan*. Jakarta: EGC.
- Long, C. (2012). *Medical and surgical nursing critical thinking in client care*. (Vol. 3). California: Addison wesley Nursing.
- Mansjoer, Arif (2013). *Kapita Selekta Kedokteran* (4 ed.). Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan* (Vol. 2). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2015). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A., Perry, A.G. (2012). *Fundamental of Nursing*. Jakarta EGC.
- Potter, A. Perry, A (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses, dan Praktik* (5 ed. Vol. 3). Jakarta: EGC.
- Rahmayati, E., Silaban, R., Fatonah, S. (2018). Pengaruh Dukungan Spritual terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre-Operasi. *Jurnal Kesehatan*, 9(1).
- RSM. (2021). Laporan Penyakit Mata Perkategori Penyakit. Surabaya: Rumah Sakit Mata Undaan.
- Sopiyudin, Dahlan. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan* (6 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Smeltzer, S. Bare, B (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Edisi 8 Volume 4* (M. E. Kuncara, Yasmin Asih Ed.). Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart* (B. A. Keliat Ed. Edisi Indonesia ed.). Singapore: Elsevier.

LAMPIRAN 1

**JADWAL KEGIATAN USULAN PENELITIAN DAN SKRIPSI
S1 KEPERAWATAN (ALIH JENJANG) STIKES GANESHA HUSADA
KEDIRI
TAHUN AKADEMIK 2021 / 2022**

NO	WAKTU	KEGIATAN	KETERANGAN
1.	19 Januari – 19 Februari 2022	Bimbingan proposal Skripsi	Oleh Pembimbing 1 dan Pembimbing 2
2.	21 – 22 Februari 2022	Pengumpulan proposal dan persiapan ujian proposal	
4.	23 – 26 Februari 2022	Ujian proposal Skripsi	
5.	23 Februari – 03 Maret 2022	Revisi proposal Skripsi	Revisi kepada penguji proposal skripsi
6.	03 Maret – 16 April 2022	Pengukuran variabel penelitian, pengambilan, analisa data dan kesimpulan.	Bimbingan dengan Dosen Pembimbing 1 dan Pembimbing 2
7.	18 - 20 April 2022	Pengumpulan Skripsi untuk ujian sidang hasil Skripsi	
8.	20 - 23 April 2022	Ujian sidang Skripsi	
9.	23 – 30 April 2022	Revisi Skripsi dan pengumpulan Revisi Skripsi beserta jurnal	Revisi kepada penguji skripsi, Skripsi dikumpulkan rangkap 1 bentuk hard cover dan CD bentuk PDF dan Word

LAMPIRAN 2

LAMPIRAN 3

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Ahmad Rofiq

NIM : 20.12.1.033.3

Saya sebagai mahasiswa Progam Studi Ilmu Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri akan melakukan penelitian dengan judul “HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.

Dalam hal ini saya berharap partisipasi anda untuk menjadi responden dalam penelitian saya dengan cara menjadi responden/peserta untuk mengisi kuesioner dengan benar dan sukarela. Segala apa yang anda jawab dalam kuesioner ini akan saya jamin kerahasiaannya. Atas perhatiannya saya ucapkan banyak terima kasih.

Surabaya, Maret 2022

Hormat saya

Ahmad Rofiq

NIM : 20.12.1.033.3

LAMPIRAN 4

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul : HUBUNGAN PENGETAHUAN PERIOPERATIF DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI
GLAUKOMA DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
SURABAYA.

Peneliti : Ahmad Rofiq (NIM : 20.12.1.033.3)

Mahasiswa Progam Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Ganesha Husada Kediri

Bahwa saya menyatakan bersedia berperan serta dalam penelitian ini
sebagai responden dengan mengisi form yang disediakan oleh peneliti.

Sebelum mengisi form, saya diberi keterangan/penjelasan mengenai tujuan
dari penelitian ini, dan saya telah mengerti bahwa penulis akan merahasiakan
identitas, data maupun informasi yang telah diberikan. Apabila ada pernyataan
yang menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan
menghentikan pengumpulan data dan memberikan hak kepada saya untuk
mengundurkan diri dari penelitian tanpa resiko apapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sukarela dan tanpa ada unsur
paksaan dari siapapun.

Surabaya , Maret 2022

Responden

Lampiran : Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

A. Data Umum

Karakteristik umum responden

1	Nomor Responden	:	
2	Umur	:	<input type="checkbox"/> 30-40 tahun <input type="checkbox"/> 41-50 tahun <input type="checkbox"/> 51-60 tahun
3	Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4	Pendidikan Terakhir	:	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT

B. Data Khusus

Pengetahuan

Petunjuk :

1. Daftar pertanyaan di bawah ini mengukur pengetahuan anda mengenai perioperatif glaukoma
2. Saya akan membantu anda dalam pengisian dan menjelaskan kemudian saya beri tanda *checklist* (√) pada jawaban anda

No	Pernyataan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Klien dilakukan pencukuran bulu mata sebelum operasi glaukoma		
2	Klien dan keluarga menerima penjelasan tentang prosedur operasi sebelum operasi glaukoma dilakukan		
3	Klien merasakan seperti batuk, pilek dan demam		
4	Klien diajarkan latihan napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri		
5	Klien di minta buang air kecil (BAK) terlebih dahulu sebelum operasi glaukoma dilakukan		
6	Kadar gula darah yang tinggi tidak dapat mengakibatkan penundaan operasi glaukoma		
7	Klien menjalani diet untuk penyakit penyerta		
8	Klien dianjurkan mencuci rambut sebelum dilakukan operasi glaukoma		
9	Klien diwajibkan puasa 8 jam sebelum operasi glaucoma dilakukan		
10	Operasi glaukoma artinya membuat saluran biar tidak buntu		
11	Tim operasi glaukoma terdiri dari dokter spesialis mata dan perawat		

12	Operasi glaukoma dilakukan dengan pemberian obat bius lokal ketika operasi glaukoma berlangsung		
13	Klien boleh berbaring ke arah sisi mata yang telah di operasi		
14	Klien diperbolehkan menggosok-gosok mata setelah operasi glaukoma		
15	Klien diperbolehkan membuka perban mata sendiri setelah operasi glaukoma		

KUESIONER TINGKAT KECEMASAN :

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)

PETUNJUK:

Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom nilai angka (score). 0 → jika tidak ada gejala, 1 → jika gejala ringan, 2 → jika gejala sedang, 3 → jika gejala berat, 4 → jika gejala berat sekali.

No.	Gejala kecemasan	Nilai angka (score)				
		0 = tidak ada gejala	1 = ringan	2 = sedang	3 = berat	4 = berat sekali
1.	<i>Perasaan cemas (anxietas)</i>					
	Cemas					
	Firasat buruk					
	Takut akan pikiran sendiri					
	Mudah tersinggung					
2.	<i>Ketegangan</i>					
	Merasa tegang					
	Lesu					
	Tidak bisa istirahat tenang					
	Mudah terkejut					
	Mudah menangis					
	Gemetar					
	Gelisah					
3.	<i>Ketakutan</i>					
	Pada gelap					
	Pada orang asing					
	Ditinggal sendiri					
	Pada binatang besar					
	Pada keramaian lalu lintas					
	Pada kerumunan orang banyak					
4.	<i>Gangguan tidur</i>					
	Sukar tidur					
	Terbangun malam hari					
	Tidur tidak nyenyak					

	Bangun dengan lesu					
	Banyak mimpi-mimpi					
	Mimpi buruk					
	Mimpi menakutkan					
5.	<i>Gangguan kecerdasan</i>					
	Sukar konsentrasi					
	Daya ingat menurun					
	Daya ingat buruk					
6.	<i>Perasaan depresi (murung)</i>					
	Hilangnya minat					
	Berkurangnya kesenangan pada hobi					
	Sedih					
	Bangun dini hari					
	Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7.	Gejala somatik atau fisik (otot)					
	Sakit dan nyeri di otot-otot					
	Kaku					
	Kedutan otot					
	Gigi gemerutuk					
	Suara tidak stabil					
8.	Gejala somatic atau fisik (sensorik)					
	Tinnitus (telinga berdenging)					
	Penglihatan kabur					
	Muka merah atau pucat					
	Merasa lemas					
	Perasaan ditusuk-tusuk					
9.	Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)					
	Takikardi (denyut jantung cepat)					
	Berdebar-debar					
	Nyeri di dada					
	Denyut nadi mengeras					
	Rasa lesu atau lemas seperti mau pingsan					
	Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)					
10.	Gejala respiratory (pernafasan)					
	Rasa tertekan atau sempit di dada					
	Tercekik					
	Sering menarik nafas					

	Nafas pendek atau sesak					
11.	Gejala gastrointestinal (pencernaan)					
	Sulit menelan					
	Perut melilit					
	Gangguan pencernaan					
	Nyeri sebelum dan sesudah makan					
	perasaan terbakar di perut					
	Rasa penuh (kembung)					
	Mual					
	Muntah					
	BAB lembek					
	Sukar BAB (konstipasi)					
	Kehilangan berat badan					
12	Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin)					
	Sering buang air kecil					
	Tidak Dapat Menahan Air Seni					
	Tidak datang bulan (haid)					
	Darah haid berlebihan					
	Menjadi Dingin (Frigid)					
	Ejakulasi dini					
	Ereksi Hilang					
	Impotensi					
13	Gejala Otonom					
	Mulut kering					
	Mulut merah					
	Mudah berkeringat					
	Pusing, sakit kepala					
	Bulu-bulu berdiri					
14	Tingkah Laku Pada Wawancara					
	Gelisah					
	Tidak tenang					
	Jadi gemetar					
	Kerut kening					
	Muka tegang					
	Tonus otot meningkat					