



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 : 014/AJ/SGH/II/2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Kediri, 28 Februari 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 : Even Tirtasari
NIM : 20.12.1.042.3
Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Glaukoma Dengan Kecemasan Post Operasi Trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya
Tanggal : 01 Maret – 30 April 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 TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG
GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI
TRABEKULEKTOMI DI RS MATA UNDAAN
SURABAYA**

USULAN PENELITIAN



Oleh :
EVEN TIRTASARI
NIM : 20.12.1.042.3

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GANESHA HUSADA KEDIRI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
KEDIRI
2022**

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG
GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI
TRABEKULEKTOMI DI RS MATA UNDAAN
SURABAYA**

USULAN PENELITIAN

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



Oleh :
EVEN TIRTASARI
20.12.1.042.3

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GANESHA HUSADA KEDIRI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
KEDIRI
2022**

HALAMAN PERSETUJUAN

Oleh : Even Tirtasari
Judul Usulan : Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Glaukoma
Penelitian Dengan Kecemasan Post Operasi Trabekulektomi Di Rumah Sakit
Mata Undaan Surabaya

Usulan penelitian ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Dewan Penguji Seminar
Usulan Penelitian Pada Tanggal Februari 2022

Oleh :

Pembimbing I

Pembimbing II

Drs. Budiono, M.Kes
NIK

Cucun Setya Ferdina, SST., M.Keb
NIK

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 Februari 2022

Tim Penguji

Ketua	: Anik Nuridayanti S.Kep.Ns.,M.Kep	2 760507 2 201111 01
Anggota	: 1. Diyan Wahyuningsih, SST, M Tr.Keb
	2.Drs. Budiono, M.Kes

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 TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI TRABEKULEKTOMI 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 progam S1 Keperawatan.
2. Anik Nuridayanti,S.Kep,Ns.,M.Kep selaku Ketua Progam Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri yang telah memberi kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Progam Studi S1 Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri
3. Drs. Budiono, M.Kes selaku pembimbing I yang dengan kesabaran dan ketekunan memberikan dorongan, perhatian, biimbingan, mengarahkan serta saran-saran dalam pembuatan proposal ini mulai awal sampai akhir
4. Cucun Setya Ferdina, SST., M.Keb selaku pembimbing II yang dengan kesabaran dan ketekunan memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, mengraahkan serta saran-saran dalam pembuatan proposal ini mulai awal sampai akhir

Kediri, Februari 2022

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Pengetahuan	7
2.2 Konsep Glaukoma	12
2.3 Konsep Kecemasan	20
2.4 Konsep Post Operasi	30
2.5 Konsep Trabekulektomi.....	34
2.6 SPO Trabekulektomi.....	42
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	48
3.1 Kerangka Konseptual	48
3.2 Hipotesis	49
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	50

4.1. Rancangan Bangun Penelitian.....	50
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	50
4.3. Kerangka Penelitian	51
4.4. Sampling Desain	52
4.5. Variabel Penelitian	54
4.6. Definisi Operasional.....	55
4.7. Teknik Pengumpulan Data dan Analisa Data.....	56
DAFTAR PUSTAKA	xi
LAMPIRAN	xv

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi operasional tingkat pengetahuan dan kecemasan.....	50
Tabel 4.2	Kisi-kisi Variabel Tingkat Pengetahuan.....	52
Tabel 4.3	Kisi-kisi Variabel Kecemasan.....	53
Tabel 4.4	Teknik penilaian instrument <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale</i>	53
Tabel 4.5	Tingkat Hubungan Korelasi.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Produksi dan sirkulasi humor aquos.....	12
Gambar 2.2	Rentang respon ansietas.....	21
Gambar 2.3	Visual Analogue Scale.....	27
Gambar 2.4	Facial Image Scale Buchanan.....	29
Gambar 2.5	Produksi dan sirkulasi humor aquos.....	35
Gambar 2.6	Sirkulasi humor aquos pada mata normal dan setelah operasi.....	40
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	43
Gambar 4.1	Kerangka Penelitian.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Usulan Penelitian dan Daftar Singkatan	xv
Lampiran 3	Permohonan Menjadi Responden	xvi
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	xvii
Lampiran 5	Lembar Kuesioner	xviii
Lampiran 6	Kartu Bimbingan Proposal dan Skripsi.....	xxiii
Lampiran 7	Lembar Revisi.....	xxvi
Lampiran 8	Berita Acara.....	xxviii

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Glaukoma adalah gangguan neuropati kronik yang ditandai dengan pencekungan cawan optik dan kehilangan lapang pandang. Hal ini biasanya berkaitan dengan meningkatnya tekanan intraokular (Vaughan dan Asbury, 2015). Penyebab utama kerusakan saraf diakibatkan oleh tekanan pada bola mata yang meningkat, yang disebabkan oleh hambatan pengeluaran cairan pada bola mata (humour aquos). Penyebab lain dari kerusakan saraf yaitu gangguan suplai darah ke serat saraf optik dan kelemahan atau masalah saraf optik tersebut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Menurut perkiraan WHO pada tahun 2020, penyebab kebutaan paling utama di dunia adalah katarak dengan persentase 47,8%, glaukoma dengan persentase 12,3%, uveitis dengan persentase 10,2%, Age-related Macular Degeneration (AMD) dengan persentase 8,7%, trakhoma dengan persentase 3,6%, corneal opacity dengan persentase 5,1% dan Diabetic retinopathy dengan persentase 4,8%. Sumber: World Health Organization, Prevention of Blindness Program (WHO/PBP), 2015.

Glaukoma sering disebut pencuri penglihatan karena gejala glaukoma sering tidak disadari oleh penderitanya atau dianggap sebagai tanda dari penyakit lain. Akibatnya kebanyakan penderita datang ke dokter mata dalam keadaan yang lanjut dan bahkan sudah buta. Padahal kebutaan akibat glaukoma merupakan kebutaan yang permanen, tidak dapat diperbaiki. Hampir 60 juta orang terkena glaukoma. Diperkirakan 3 juta penduduk Amerika Serikat terkena glaukoma, dan di antara kasus-kasus tersebut, sekitar 50% tidak terdiagnosis (Vaughan dan Asbury, 2015).

Studi epidemiologi menyebutkan bahwa penderita glaukoma di dunia mencapai 60.500.000 pada tahun 2010 dan diperkirakan meningkat menjadi 76.600.000 pada tahun 2020. Di Amerika, jumlah penderita glaukoma pada ras kulit hitam 3-4 kali lebih tinggi dibandingkan ras kulit putih. Selain itu, ditemukan angka prevalensi yang meningkat sesuai dengan bertambahnya usia, pada kelompok penduduk yang berusia 70 tahun 3-8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok penduduk yang berusia 40 tahun (Nurwasis, dkk., 2013).

Gejala klinis yang timbul pada masing-masing klasifikasi berbeda. Glaukoma sudut tertutup (akut) dapat berupa mata merah, penglihatan kabur secara mendadak, nyeri hebat dan disertai dengan mual muntah. Glaukoma sudut terbuka (kronis) tanda klinis kurang nyata, yaitu penurunan visus lapang pandang pada pasien yang menyempit perlahan-lahan dan telah terjadi kerusakan saraf optik, sehingga pasien datang sudah dalam lapang pandang yang sempit. Oleh sebab itu glaukoma sering disebut sebagai pencuri penglihatan.

Di Surabaya salah satu penyedia layanan kesehatan mata yang besar dan merupakan pusat rujukan dari rumah sakit lain adalah Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya bertempat di jalan Undaan Kulon nomor 19 Surabaya. Salah satu tujuan dari rumah sakit ini adalah turut serta mengurangi angka kebutaan (situs resmi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya). Menurut data yang dimiliki bagian rekam medis Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya angka kejadian glaucoma cukup besar dan terus meningkat setiap tahun. Pada periode 01 Januari 2020 sampai dengan 01 Januari 2021 jumlah pasien glaukoma di instalasi rawat jalan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya sekitar 1.535 pasien. Periode 01 Januari 2021 sampai dengan 01 Januari 2022 jumlah pasien glaukoma meningkat yaitu sekitar 4.165 pasien

Di Indonesia, glaukoma menjadi penyebab lebih dari 500.000 kasus kebutaan di Indonesia dan kebutaan yang disebabkan oleh glaukoma bersifat permanen. Glaukoma akut

merupakan salah satu kegawatdaruratan pada mata. Satu-satunya faktor risiko glaukoma yang dapat dikontrol dengan obat-obatan maupun pembedahan adalah tekanan intraokular (TIO). Terapi glaukoma sendiri sudah sangat berkembang dengan ditemukannya berbagai obat-obatan anti glaukoma dan teknik pembedahan filtrasi (*American Academy of Ophthalmology, Giaconi et al., 2013*).

Salah satu teknik pembedahan filtrasi yang sering dikerjakan pada pasien glaukoma adalah trabekulektomi. Tujuan pada teknik pembedahan trabekulektomi adalah untuk menurunkan TIO dengan membuat saluran humor aqueous baru dari bilik mata depan ke ruang subkonjungtiva. Trabekulektomi sering dilakukan apabila terapi medikamentosa gagal mencapai TIO yang ditargetkan atau menimbulkan efek samping yang tidak dapat ditoleransi oleh pasien (*American Academy of Ophthalmology, Giaconi et al., 2013*).

Kebutaan akibat Glaukoma disebabkan oleh gejala Glaukoma yang seringkali asimtomatik terutama pada stadium awal, kesadaran publik yang kurang akan Glaukoma dan faktor risikonya, serta individu yang tidak proaktif terhadap kesehatan mata sehingga sebagian besar individu dengan Glaukoma tidak terdiagnosis yang secara tidak langsung berpengaruh pada penurunan kualitas hidup seperti berjalan, berkendara, berpegiang, membaca, melihat di malam hari, melihat benda yang berada di samping, menentukan jarak (Skalicky et al., 2013), trauma (Ramulu et al., 2012), jatuh pada lansia, dan peningkatan gangguan psikologi, seperti ketakutan, penarikan diri dari lingkungan sosial, dan depresi (Skalicky et al., 2013).

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxius*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Muyasaroh et al. 2020). Kecemasan sendiri dapat diartikan sebagai perasaan tidak

nyaman, khawatir, takut dan tegang. Hal ini adalah respons fisiologis terhadap rangsangan eksternal atau internal yang dapat menimbulkan gejala perilaku, emosional, kognitif, dan fisik. Kecemasan yang dialami pasien mempunyai bermacam-macam alasan diantaranya adalah : cemas menghadapi ruangan operasi dan peralatan operasi, cemas menghadapi body image yang berupa cacat anggota tubuh, cemas dan takut mati saat di bius, cemas bila operasi gagal, cemas masalah biaya yang membengkak.

Menurut Gill (2012), adanya kecemasan bisa saja terjadi setelah operasi selesai. Misalnya, rasa nyeri yang dirasakan pasien setelah operasi menimbulkan kecemasan tersendiri baginya. Awalnya, tubuh melakukan mekanisme untuk segera melakukan pemulihan terhadap jaringan tubuh yang mengalami perlukaan setelah di operasi. Pada pemulihan ini, terjadi reaksi kimia dalam tubuh sehingga nyeri di rasakan oleh pasien. Pada proses operasi, pasien diberi anastesi agar tidak merasakan nyeri. Namun setelah di operasi dan pasien mulai sadar, nyeri akan dirasakan pada bagian tubuh yang dilakukan pembedahan. Hal inilah yang menimbulkan kecemasan bagi pasien, dimana nyeri ini akan berkurang lebih cepat ataupun berlanjut menjadi lama. Tidak hanya nyeri saja, perubahan fungsi atau fisik tubuh, masalah ekonomi pasca operasi juga menimbulkan kecemasan pada pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 17 sampai 20 Januari 2022 terhadap pasien post operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan sebanyak 15 pasien didapatkan data bahwa pasien post operasi 4 orang (26,67%) mengalami kecemasan ringan, 7 orang (46,67%) mengalami kecemasan sedang, 2 orang (13,33%) mengalami kecemasan berat, serta 2 orang (13,33%) mengalami panik.

Persiapan prabedah penting sekali untuk mengurangi faktor resiko karena hasil akhir dari suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan penderita. Secara mental, penderita harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada rasa cemas atau takut terhadap penyuntikan, nyeri luka, bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati.

Maka tidak heran jika sering kali pasien dan keluarga menunjukkan sikap yang berlebihan. Kecemasan yang mereka alami biasanya terkait dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat segala macam prosedur pembedahan (Sobur, 2013).

Berdasarkan uraian di atas yang merupakan latar belakang dalam melakukan penelitian ini, diperlukan adanya pengetahuan mengenai glaukoma dan operasi trabekulektomi. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk meneliti mengenai “hubungan tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya”

1.2. Rumusan Masalah

Dari latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, maka peneliti merumuskan adakah hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma di RS Mata Undaan Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.
3. Menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Tempat Penelitian

Memberikan informasi persentase kejadian hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan peneliti dan para medis tentang korelasi antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

3. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi dalam pertimbangan kebijakan sasaran dan materi edukasi masyarakat dalam penatalaksanaan glaukoma terutama dalam pencegahan kebutaan akibat glaukoma di masyarakat.

4. Penelitian Selanjutnya

Sebagai dasar pertimbangan dan masukan untuk pengembangan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain selain tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

5. Bagi Responden

Diharapkan skripsi ini dapat membantu menambah pengetahuan masyarakat mengenai tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan.

2.1.1 Definisi Pengetahuan.

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau *open behavior* (Donsu, 2017). Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Panca indra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (Notoatmojo, 2014).

2.1.2 Tingkat Pengetahuan.

Menurut Notoatmodjo (dalam Wawan dan Dewi, 2014) pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkatan yang berbeda. Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai *recall* atau memanggil memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu disini merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur orang yang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu dapat menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehention*)

Memahami suatu objek bukan hanya sekedar tahu terhadap objek tersebut, dan juga tidak sekedar menyebutkan, tetapi orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya. Orang yang telah memahami objek dan materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menarik kesimpulan, meramalkan terhadap suatu objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*).

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan ataupun mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi atau kondisi yang lain. Aplikasi juga diartikan aplikasi atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, rencana program dalam situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*).

Analisis adalah kemampuan seseorang dalam menjabarkan atau memisahkan, lalu kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen dalam suatu objek atau masalah yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkatan ini adalah jika orang tersebut dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat bagan (diagram) terhadap pengetahuan objek tersebut.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan seseorang dalam merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang sudah dimilikinya. Dengan kata lain suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada sebelumnya.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian berdasarkan suatu 17 kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat.

2.1.3 Proses Perilaku Tahu.

Menurut *Rogers* yang dikutip oleh Notoatmodjo (dalam Donsu, 2017) mengungkapkan proses adopsi perilaku yakni sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi beberapa proses, diantaranya:

1. *Awareness* ataupun kesadaran yakni pada tahap ini individu sudah menyadari ada stimulus atau rangsangan yang datang padanya.
2. *Interest* atau merasa tertarik yakni individu mulai tertarik pada stimulus tersebut.
3. *Evaluation* atau menimbang-nimbang dimana individu akan mempertimbangkan baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Inilah yang menyebabkan sikap individu menjadi lebih baik.
4. *Trial* atau percobaan yaitu dimana individu mulai mencoba perilaku baru .
5. *Adaption* atau pengangkatan yaitu individu telah memiliki perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, sikap dan kesadarannya terhadap stimulus.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi.

Pengetahuan Menurut Notoatmodjo (dalam Wawan dan Dewi, 2014) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut :

1. Faktor Internal.

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju impian atau cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan agar tercapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi berupa hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Menurut YB Mantra yang dikutip oleh Notoatmodjo, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berpesan serta dalam pembangunan pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah suatu keburukan yang harus dilakukan demi menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan tidak diartikan sebagai sumber kesenangan, akan tetapi merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang, dan memiliki banyak tantangan. Sedangkan bekerja merupakan kagiatan yang menyita waktu.

c. Umur

Menurut Astutik, 2013, Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola fikir seseorang, semakin bertambahnya usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola fikir seseorang. Setelah melewati usia madya (40-60 tahun), daya tangkap dan pola fikir seseorang akan menurun.

2. Faktor Eksternal.

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan ialah seluruh kondisi yang ada sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok.

b. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya pada masyarakat dapat memberikan pengaruh dari sikap dalam menerima informasi

2.1.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan.

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.

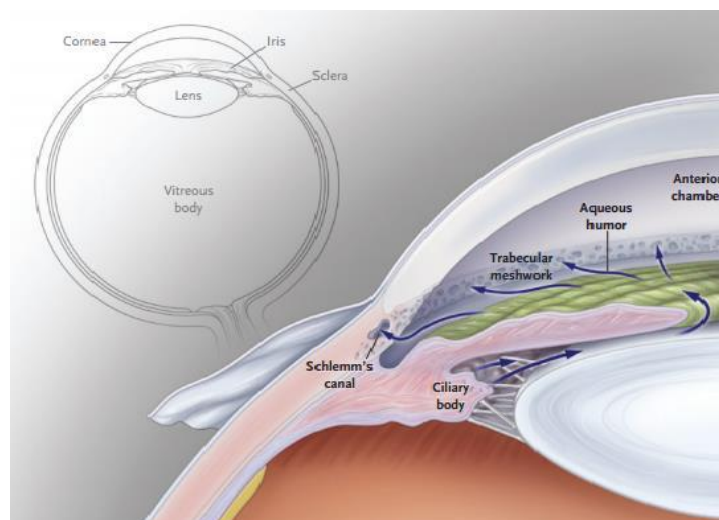
Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menayakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2014)

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 Glaukoma.

2.2.1 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 (Kemenkes RI, 2015).

Glaukoma adalah gangguan neuropati kronik yang ditandai dengan pengecilan 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.

2.2.2 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 trabekular dan menghambat *humor aqueos* mengalir ke saluran *schlem*. Pergeseran 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.

2.2.3 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 Schiottz (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).

2.2.4 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

2.2.5 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 memberikan 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.

2.2.6 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.

2.3 Konsep Kecemasan.

2.3.1 Pengertian Kecemasan.

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxius*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Muyasaroh et al. 2020).

Menurut American Psychological Association (APA) dalam (Muyasaroh et al. 2020), kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).

Berdasarkan pendapat dari (Gunarso, n.d, 2008) dalam (Wahyudi, Bahri, and Handayani 2019), kecemasan atau anxietas adalah rasa khawatir, takut yang tidak jelas sebabnya. Pengaruh kecemasan terhadap tercapainya kedewasaan, merupakan masalah penting dalam perkembangan kepribadian. Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan. Baik tingkah laku normal maupun tingkah laku yang menyimpang, yang terganggu, kedua-duanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan itu. Jelaslah bahwa pada gangguan emosi dan gangguan tingkah laku, kecemasan merupakan masalah pelik.

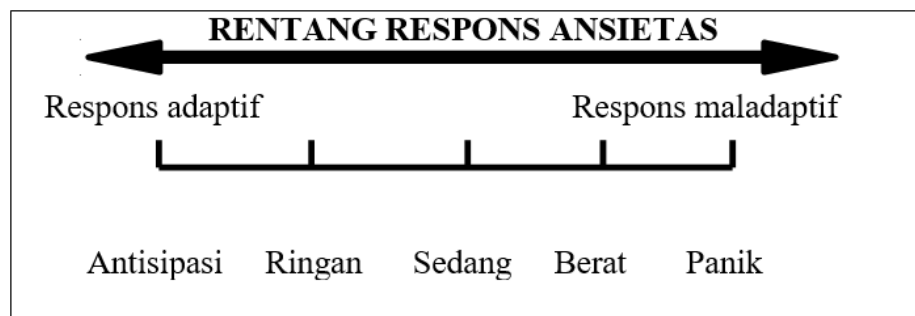
Kecemasan menurut (Hawari, 2002) adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tetapi belum mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh dan perilaku dapat terganggu, tetapi masih dalam batas-batas normal (Candra et al. 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan suatu perasaan takut dan khawatir yang bersifat lama pada sesuatu yang tidak

jelas (subjektif) atau belum pasti akan terjadi dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya.

Operasi dapat menimbulkan rasa khawatir dan stres baik operasi besar maupun operasi kecil kemudian diikuti dengan gejala kecemasan atau depresi (Muttaqin & Sari, 2013).

2.3.2 Rentang respon ansietas.



Gambar 2.2 Rentang respon ansietas

Sumber: Stuart (2016)

1) Respon Adaptif.

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

2) Respon Maladaptif.

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

2.3.3 Klasifikasi kecemasan.

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Menurut *Peplau*, dalam (Muyasaroh et al. 2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan Ringan.

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang.

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

c. Kecemasan Berat.

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil

maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik.

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan.

Menurut Stuart (2016), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien di bagi atas :

1. Faktor Instrinsik

a. Usia pasien

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

b. Pengalaman pasien menjalani pengobatan/ tindakan medis.

Apabila pengalaman individu tentang pembedahan atau anestesi kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan.

c. Konsep diri dan peran.

Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2. Faktor Ekstrinsik

a. Kondisi medis

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

b. Tingkat pendidikan

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

c. Akses informasi

Akses informasi adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Akses informasi dapat diperoleh dari berbagai sumber.

d. Proses adaptasi

Tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal (lingkungan) yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

e. Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik, diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi gangguan psikiatriknya lebih banyak. Jadi, keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien menghadapi tindakan pembedahan atau anestesi.

f. Jenis tindakan

Jenis tindakan, klasifikasi suatu tindakan, terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tentang tindakan pembedahan atau anestesi, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

2.3.5 Manifestasi kecemasan.

Menurut Stuart (2016), manifestasi respon kecemasan dapat berupa perubahan respon fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif antara lain:

1) Respon fisiologi

- a) Sistem kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, tekanan darah menurun, rasa mau pingsan, denyut nadi menurun.
- b) Sistem pernafasan: nafas cepat, nafas pendek, tekanan pada dada, nafas dangkal, terengah engah, sensasi tercekik.
- c) Sistem neuromuskular: reflek meningkat, mata berkedip kedip, insomnia, tremor, gelisah, wajah tegang, rigiditas, kelemahan umum, kaki goyah.
- d) Sistem gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, muntah, diare.
- e) Sistem traktus urinarius: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.

- f) Sistem integument: wajah kemerahan, berkeringat setempat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.
- 2) Respon perilaku: gelisah, ketegangan fisik, tremor, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghindari, melarikan diri dari masalah, cenderung mendapat cedera.
 - 3) Respon kognitif: perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kreatifitas menurun, bingung.
 - 4) Respon afektif: meliputi hambatan berpikir, bidang persepsi menurun, kreatifitas dan produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran meningkat, kehilangan objektifitas, khawatir kehilangan kontrol, khawatir pada gambaran visual, khawatir cedera, mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, kekhawatiran, tremor, gelisah.

2.3.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam mengurangi kecemasan diantaranya yaitu :

1) Farmakologi

Menurut Kaplan dan Sadock (2015) bahwa dua jenis obat utama yang harus dipertimbangkan dalam pengobatan gangguan kecemasan adalah anti ansietas dan anti depresan. Anti ansietas, meliputi buspirone dan benzodiazepin, sedangkan anti depresan meliputi golongan *Serotonin Norepinephrin Reuptake Inhibitors* (SNRI).

2) Non farmakologi

a) Terapi perilaku

Terapi perilaku atau latihan relaksasi dapat juga digunakan untuk mengatasi stress dengan mengatur tekanan emosional yang terkait dengan kecemasan. Jika otot-otot yang tegang dapat dibuat menjadi lebih santai, maka ansietas akan berkurang (Stuart, 2016).

b) Terapi kognitif

Metode menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian (distraksi) pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami (Potter & Perry, 2014).

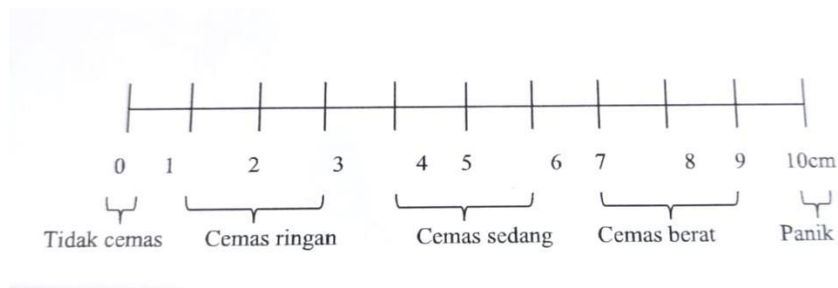
c) Psiko terapi

Pendidikan penting dalam mempromosikan respon adaptif klien kecemasan. Perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan setiap klien dan kemudian merumuskan rencana untuk memnuhi kebutuhan tersebut (Stuart, 2016).

2.3.7 Alat Ukur Kecemasan.

1) Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A).

Breivik H, Borchgrevink P.C, Allen S cit. Hassyati (2018), mengemukakan VAS sebagai salah satu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur intensitas kecemasan pasien yang biasa digunakan. Terdapat 11 titik, mulai dari tidak ada rasa cemas (nilai 0) hingga rasa cemas terburuk yang bisa dibayangkan (10). VAS merupakan pengukuran tingkat kecemasan yang cukup sensitif dan unggul karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian, daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Pengukuran dengan VAS pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1 - 3 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai 4 – 6 dikatakan sebagai cemas sedang, diantara nilai 7 – 9 cemas berat, dan 10 dianggap panik atau kecemasan luar biasa.



Gambar 2.3 Visual Analogue Scale Sumber. Breivik cit. Hasyati (2018)

2) The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS).

The Modified Dental Anxiety scale merupakan alat ukur yang memiliki keabsahan tinggi dan dapat dipercaya, dengan sistem jawaban yang lebih sederhana dan lebih konsisten. Digunakan untuk mengukur kecemasan dental pada studi tertentu. Selain itu jawaban disederhanakan untuk menemukan angka dari tidak cemas, cemas, dan sangat cemas (Riksavianti, 2014).

3) Zung-Self Rating Anxiety Scale (SAS).

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *diagnostic and statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-II)* (Nursalam,2013). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4.

Keterangan :

1= Tidak pernah

2= Kadang - kadang

3= Sebagian waktu

4= Hampir setiap waktu

Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan. Rentang penilaian alat ukur ini adalah 20-80, dengan keterangan pengelompokan sebagai berikut :

Nilai 20–44 = kecemasan ringan

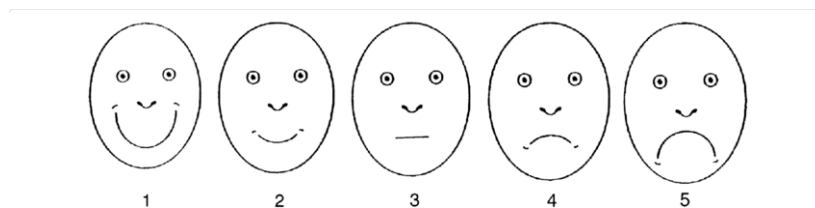
Nilai 45-59 = kecemasan sedang

Nilai 60-74 = kecemasan berat

Nilai 75-80 = kecemasan panik

4) Face Image Scale (FIS).

Menurut Buchanan (2002) dalam *Journal of Oral Health Care* Vol.7, No. 2, Oktober 2019, pp. 55 – 65, FIS digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pada anak-anak menggunakan ekspresi wajah. Ekspresi wajah menggambarkan situasi atau keadaan dari kecemasan, mulai dari ekspresi wajah sangat senang hingga sangat tidak senang. Skala ini menunjukkan dari skor 1 yaitu menunjukkan ekspresi yang paling positif (sangat senang) sampai skor 5 pada bagian wajah yang paling menunjukkan ekspresi negatif (sangat tidak senang).



Gambar 2.4 Facial Image Scale Buchanan (2002) dalam *Journal of Oral Health Care* Vol.7, No. 2, Oktober 2019,

2.3.8 Mekanisme Koping.

Setiap kali stresor menyebabkan seseorang mengalami kecemasan, ia akan berusaha mengatasinya secara otomatis melalui berbagai mekanisme koping. Jika mekanisme koping memiliki kelebihan lain, dan jika individu terkait yakin bahwa mekanisme yang digunakan dapat mengatasinya, maka mekanisme koping tersebut akan efektif. Gangguan kecemasan harus segera ditangani untuk mencapai homeostasis individu secara fisik dan psikologis. Menurut Asmadi (2017), mekanisme koping pada gangguan kecemasan dibagi menjadi dua kategori:

1. Strategi pemecahan masalah (*problem solving strategy*)

Strategi pemecahan masalah ini bertujuan untuk mengatasi atau menangani masalah / ancaman yang ada melalui kemampuan observasi yang realistis. Secara keseluruhan,

gunakan metode *Source, Trial and Error, Others Play and Patient (STOP)* untuk mengatasi masalah ini.

2. Mekanisme pertahanan diri (*defense mekanisme*)

Mekanisme pertahanan diri merupakan mekanisme pengaturan diri, upaya untuk melindungi diri dari perasaan tidak mampu.

2.4 Konsep Post Operasi.

2.4.1 Definisi Post Operasi

Fase post operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau dirumah. Awal periode masa operasi pasien-pasien mengantuk akibat efek-efek anestesi atau analgetik. Kebanyakan dari mereka keliatan mengantuk tapi ada yang tidak mengingat apa yang telah dikatakan kepada mereka saat praoperasi dan dapat mengalami disorientasi, gelisah, nyeri atau terkadang bingung. (Majid *et al*, 2018).

Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien (Majid *et al*, 2018).

Fase post operasi dimulai saat klien masuk ke ruang post operasi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase operasi, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respon (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan (Kozier, 2016).

2.4.2 Tujuan Post Operasi.

Tujuan keperawatan post operasi menurut (Majid *et al.*, 2018), yaitu :

1. Mengawasi kemajuan pasien sewaktu masa pulih.
2. Mencegah dan segera mengatasi komplikasi yang terjadi.

3. Menilai kesadaran dan fungsi vital tubuh pasien untuk menentukan saat pemindahan / pemulangan pasien (sesuai dengan “penilaian aldrette”)

2.4.3 Hal – hal yang Terjadi Setelah Operasi.

Menurut (Brunner & suddarth,2015) berpendapat hal-hal yang dapat terjadi setelah operasi:

1. Kehilangan selera makan. Butuh beberapa hari / minggu agar selera makan normal. Beberapa pasien merasa sensasi lidahnya berkurang atau hilang. Hal ini akan kembali normal.
2. Kesulitan tidur pada malam hari. Terkadang merasa sulit tidur, atau terbangun dini hari dan tidak dapat tidur kembali.
3. Sulit untuk buang air besar.
4. Mengalami gangguan mood dan merasa depresi. Jangan merasa putus asa. Hal ini akan menjadi lebih baik.
5. Mengalami nyeri otot. Hal ini akan membaik, obat penghilang rasa nyeri akan membantu mengurangi rasa nyeri ini.
6. Ingatlah bahwa butuh 4-6 minggu untuk mulai merasa nyaman.
7. Jangan lupa minum obat yang diberikan dokter
8. Ikuti program latihan yang diberikan oleh ahli fisioterapi di rumah sakit.

2.4.4 Komplikasi yang muncul pada pasien post operasi.

Komplikasi pasca operatif menurut Majid *et al.*, (2018) antara lain :

1. Syok

Syok yang terjadi pada pasien post operasi biasanya berupa syok hipovolemik, sedangkan syok neurogenik jarang terjadi. Tanda-tandanya syok secara klasik adalah pucat, kulit dingin dan terasa basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan nadi, tekanan darah rendah dan urine pekat.

2. Perdarahan

Penatalaksanaan perdarahan seperti halnya pada pasien syok. Pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus di jaga tetap lurus. Penyebab perdarahan harus dikaji dan diatasi. Luka bedah harus selalu di inspeksi terhadap perdarahan. Jika perdarahan terjadi, kassa steril dan balutan yang kuat dipasangkan dan tempat perdarahan ditinggikan pada posisi ketinggian jantung. Pergantian cairan koloid disesuaikan dengan kondisi pasien (Majid *et al.*, 2018). Manifestasi klinis meliputi gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin-basah-pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah. Penatalaksanaan pasien dibaringkan seperti pada posisi pasien syok, sedatif atau analgetik diberikan sesuai indikasi, inspeksi luka bedah, balut kuat jika terjadi perdarahan pada luka operasi dan transfusi darah atau produk darah lainnya.

3. Trombosis Vena Profunda (TVP)

Merupakan trombosis pada vena profunda adalah thrombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonal dan syndrome pasca flebitis. Tandanya adalah nyeri atau kram pada betis, demam, menggigil dan perspirasi, edema, vena menonjol dan teraba lebih mudah.

4. Embolisme Pumonial

Terjadi ketika embolus menjalar ke sebelah kanan jantung dan dengan sempurna menyumbat arteri pulmonal. Pencegahan paling efektif adalah dengan ambulasi dini pasca operatif.

5. Retensi urine

6. Infeksi luka operasi

Infeksi luka pasca operasi seperti dehisiensi dan sebagainya dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

7. Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian bagi pasien karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

8. Embolisme pulmonal

Embolisme pulmonal dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara, dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa disepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah ambulasi dini pasca operasi dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

2.4.5 Faktor yang mempengaruhi cemas post operasi.

Setiap tindakan operasi selalu berhubungan dengan adanya insisi (sayatan) yang merupakan trauma atau kekerasan bagi penderita yang menimbulkan berbagai keluhan dan gejala seperti lelah, nyeri dan penurunan status gizi. Keadaan lelah yang ditimbulkan oleh pasien setelah mengalami pembedahan adalah keluhan utama yang sering terjadi pada pasien post operasi. Lemasnya tubuh, hilangnya kekuatan otot pada pasien, mual muntah dan status gizi yang turun (Jensen *et al.*, 2014).

Nyeri, depresi, kecemasan dan kelelahan merupakan faktor penting yang dipertimbangkan dalam penyediaan perawatan pasien post operasi. Adanya kecemasan bisa

saja terjadi setelah operasi selesai. Misalnya, rasa nyeri yang dirasakan pasien setelah operasi menimbulkan kecemasan tersendiri baginya. Awalnya, tubuh melakukan mekanisme untuk segera melakukan pemulihan terhadap jaringan tubuh yang mengalami perlukaan setelah di operasi. Pada pemulihan ini, terjadi reaksi kimia dalam tubuh sehingga nyeri di rasakan oleh pasien. Pada proses operasi, pasien diberi anastesi agar tidak merasakan nyeri. Namun setelah di operasi dan pasien mulai sadar, nyeri akan dirasakan pada bagian tubuh yang dilakukan pembedahan. Hal inilah yang menimbulkan kecemasan bagi pasien, dimana nyeri ini akan berkurang lebih cepat ataupun berlanjut menjadi lama. Tidak hanya nyeri saja, perubahan fungsi atau fisik tubuh, masalah ekonomi pasca operasi juga menimbulkan kecemasan pada pasien.

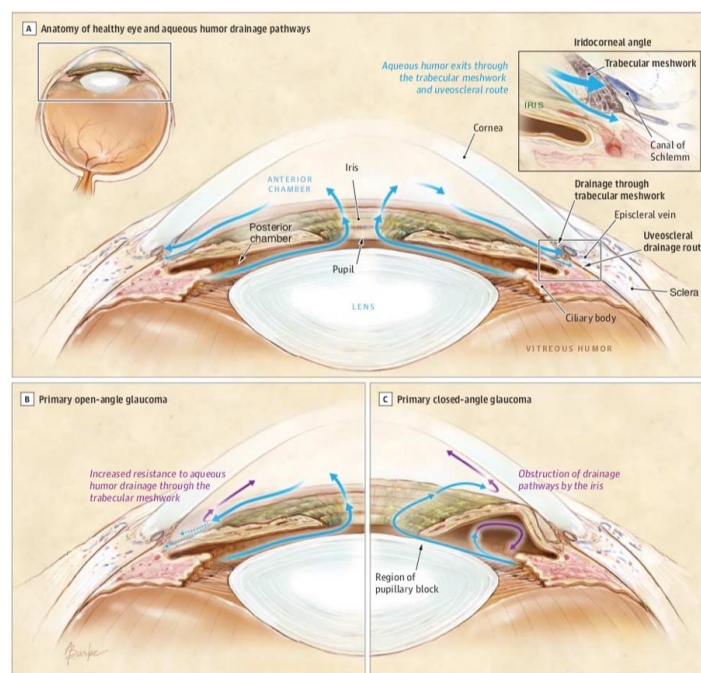
2.5 Trabekulektomi.

Trabekulektomi adalah tindakan pembedahan dengan membuat lubang drainase pada bagian sklera untuk menurunkan tekanan intraokuli (Yeung, et al., 2010 ; AAO, 2014- 2015).

Trabekulektomi merupakan *guarded partial thickness filtering procedure* yang dilakukan dengan membuka hambatan dari jaringan kornea perifer dibawah flap sklera. Flap sklera dapat memberikan resistensi dan membatasi keluarnya humor akuos sehingga dapat mencegah terjadinya hipotoni, bilik mata depan (BMD) yang dangkal sampai datar, katarak, efusi koroid serosa dan hemoragik, edema makula serta edema papil saraf optik (*The Foundadtion of the American Academy of Ophthalmology;2014-2015:p.3-25*).

Trabekulektomi merupakan prosedur tindakan operatif yang bertujuan untuk menurunkan tekanan intraokular dengan membuat saluran sehingga aliran aquous akan menuju ruang sub konjungtiva. Tindakan trabekulektomi dilakukan jika terapi medikamentosa dan atau tindakan laser tidak berhasil mencapai target tekanan TIO yang akan dicapai, atau pasien tidak memiliki cara lain atau tidak bisa menggunakan terapi medikamentosa (Robert N. Weinreb and Jonathan G. Crowston: 2019).

Trabekulektomi mulai diperkenalkan pada tahun 1960-an oleh *sugar* dan *Cairns*. *Sugar* melakukan trabekulektomi ekperimental dengan flap sklera lamellar pada mata di bank mata dan kemudian pada pasien wanita dengan glaukoma pigmental. Pada prosedur ini, flap dijahit secara ketat sehingga tidak terbentuk bleb. Hasil kontrol TIO pasca trabekulektomi dikatakan tidak memuaskan, meskipun pada gonioskopi terlihat sebagian *trabecular meshwork* (TM) telah dieksisi. *Cairns* melakukan pembukaan terhadap tepi *canalis Schlemm*, namun tidak dibuat filtrasi transsklera yang bertujuan untuk meningkatkan pengeluaran humor akuos tanpa pembentukan bleb subkonjungtiva. *Cairns* melakukan eksisi pada *canalis Schlemm* beserta adneksa trabekular sehingga membuat pembukaan saluran humor akuos. Trabekulektomi *Cairns* ternyata hanya dapat berfungsi baik apabila terbentuk bleb pada sebagian besar kasus. Prosedur trabekulektomi terus berkembang untuk meningkatkan tingkat kesuksesan dan mengurangi efek samping. Saat ini inovasi dalam pembedahan glaukoma mulai kembali menuju pembedahan tanpa membentuk bleb subkonjungtiva seperti *deep sclerectomy* dan *viscocanalostomy* (Razeghinejad, M.R., Fudemberg, S.J., and Spaeth: 2012, p.1-6)



Gambar 2.5 Produksi dan sirkulasi humor aquos

Pada awalnya trabekulektomi ini bertujuan untuk membuat aliran humor akuos baru dari bilik mata depan (BMD) ke ruang subkonjungtiva. Paradigma ini mulai bergeser dengan tujuan utama trabekulektomi adalah untuk menciptakan *fistula transsclera* yang bertahan dalam waktu lama. Trabekulektomi yang berkembang saat ini sebenarnya lebih tepat disebut sebagai sklerokeratomi, karena tidak dilakukan eksisi jaringan *trabecular meshwork* (TM), melainkan dengan melakukan eksisi korneo sklera di limbus (Razeghinejad, M.R., Fudenberg, S.J., and Spaeth: 2012. p. 1-6).

Keberhasilan jangka lama suatu tindakan trabekulektomi tergantung pada manajemen intra operatif dan post operatif. Beberapa komplikasi intraoperatif jika tidak dimanajemen dengan baik akan menimbulkan kegagalan. Kategori keberhasilan prosedur trabekulektomi ini dibagi berdasarkan keberhasilan selama 5 tahun:

1. *Complete success*

Tekanan intraokular ≤ 21 mmHg, tanpa medikamentosa, tindakan operasi ulang, atau komplikasi.

2. *Qualified success*

Tekanan intraokular < 21 mmHg, dengan medikamentosa, namun tanpa komplikasi.

3. *Qualified failure*

Tekanan intraokular > 25 mmHg, tanpa medikamentosa atau tanpa operasi ulang atau tanpa komplikasi.

4. *Failure*

Tekanan intraokular > 21 mmHg, walaupun dengan tambahan medikamentosa, atau tindakan operasi ulang, atau dengan komplikasi.

2.5.1 Evaluasi pra operasi dan penilaian risiko.

Risiko trabekulektomi dapat dikategorikan sebagai intraoperatif, early postoperatif, dan late postoperatif (Robert N. Weinreb and Jonathan G. Crowston: 2019):

1. Komplikasi intraoperatif meliputi hifema, perdarahan dan efusi suprakoroid, iridodialisis, siklodialisis, cedera konjungtiva, scleral flap atau dehiscence konjungtiva, perdarahan vitreous, dan kehilangan vitreous.
2. Komplikasi dini pasca operasi meliputi kebocoran luka, ruang dangkal/datar, endoftalmitis, makulopati hipotoni, abrasi kornea, efusi dan perdarahan suprachoroidal, glaukoma maligna, dan over dan underfiltrasi.
3. Komplikasi lanjut termasuk, katarak, infeksi mata terkait bleb, kebocoran bleb, disestesia bleb, dan kegagalan filtrasi (termasuk kista Tenon, dan jaringan parut pada antarmuka fasia-episklera konjungtiva-Tenon).

Penilaian pra operasi termasuk mempertimbangkan penghentian antikoagulan (aspirin, warfarin, dll) sebelum operasi bila memungkinkan untuk meminimalkan risiko perdarahan intraokular. Obat-obatan yang diketahui meningkatkan hiperemia konjungtiva juga dapat dihentikan asalkan TIO tetap terkontrol secara memuaskan.

Seseorang dapat memilih untuk memulai antibiotik dan/atau steroid sebelum operasi (untuk mata yang meradang) sebelum operasi. Ini mungkin termasuk antibiotik topikal diberikan empat kali sehari untuk kedua mata dimulai tiga hari sebelum operasi dan topikal prednisolon asetat 1% untuk mata operasi akan mulai satu minggu sebelum operasi. Yang terakhir menyebabkan penurunan hiperemia konjungtiva dan dapat membantu membalikkan perubahan yang diinduksi obat glaukoma pada morfologi konjungtiva.

2.5.2 Tahap-Tahap Trabekulektomi.

Pada trabekulektomi dapat dibagi menjadi beberapa tahap dasar, seperti: *exposure*, *conjunctival wound*, flap sklera, parasintesis, sklerostomi, iridektomi, penutupan flap sklera,

pengaturan aliran humor akuos, dan penutupan konjungtiva (AAO (American Academy of Ophthalmology)2014-2015:p.3-25).

Pada *exposure* dilakukan penjahitan traksi kornea atau limbus untuk merotasikan bola mata ke inferior sehingga bagian limbus dan sulkus superior dapat terlihat jelas. Prosedur ini sangat membantu dalam pembuatan flap konjungtiva berbasis limbus. Prosedur sama dengan melakukan traksi pada otot rektus superior, namun memberikan efek samping seperti ptosis dan perdarahan subkonjungtiva

Pada *conjunctival wound* dilakukan pembuatan flap konjungtiva pada kuadran superior tergantung dari pengalaman operator. Trabekulektomi dengan menggunakan antifibrosis, posisi bleb harus ditempatkan pada arah jam 12 untuk mengurangi resiko bleb terekspos dan disestasia bleb. Teknik flap konjungtiva dapat berbasis limbus maupun forniks, masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Flap konjungtiva berbasis forniks lebih mudah dilakukan, namun memerlukan ketelitian saat dilakukan penutupan agar dapat menciptakan luka yang kedap air. Flap berbasis forniks mengakibatkan terbentuknya jaringan parut di anterior flap sklera sehingga membantu aliran humor akuos ke posterior dan menyebabkan bleb muncul di bagian posterior. Flap konjungtiva berbasis limbus lebih sulit dilakukan, namun dapat memberikan penutupan luka yang lebih aman, jauh dari limbus. Insisi flap konjungtiva berbasis limbus dilakukan 8-10 mm dari limbus superior, sehingga harus berhati-hati agar jangan sampai mengenai otot rektus superior. Flap berbasis limbus ini dapat menurunkan resiko kebocoran pada bleb, namun mengakibatkan pembentukan jaringan parut di posterior flap sklera sehingga menyebabkan pembentukan bleb di anterior dekat limbus.

Pada pembuatan flap sklera dilakukan insisi sklera dengan bentuk segitiga, trapesium, setengah lingkaran tergantung keahlian operator. Tidak terdapat keharusan ukuran dari flap

sklera, namun dianjurkan memiliki lebar sekitar 3-4mm. Setelah flap sklera terbentuk harus diperhartikan supaya jangan sampai terjadi kebocoran humor akuos terlalu awal.

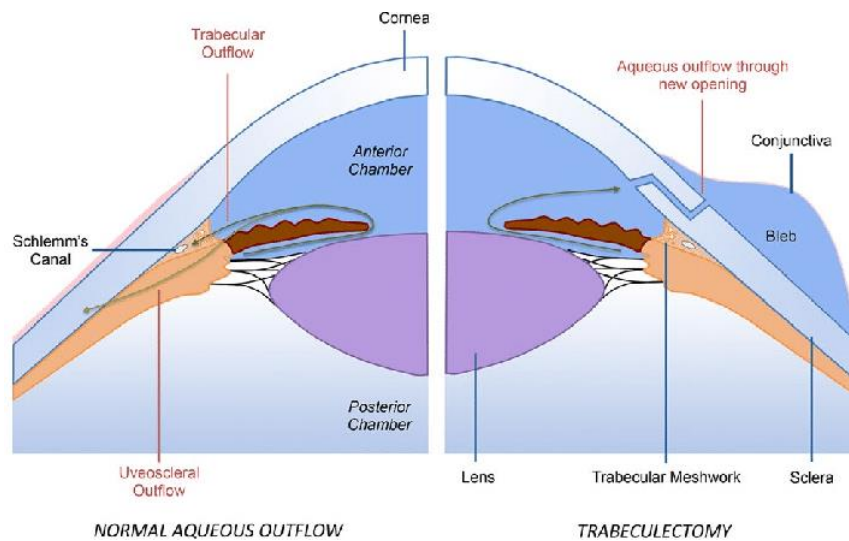
Setelah pembuatan flap sklera, dilakukan parasintesis dan sklerostomi dengan *sclera punch* maupun dengan pisau bedah. Operator kemudian menilai aliran humor akuos ke daerah sklerostomi dengan memasukkan larutan ringer laktat lewat parasintesis. Penjahitan flap sklera dapat dilakukan bila aliran humor akuos sudah seperti yang diharapkan operator. Pada parasintesis tidak dilakukan penjahitan apabila kedap udara. Apabila bilik mata depan (BMD) datar pasca operasi, dapat dimasukkan cairan ringer laktat lewat lokasi parasintesis untuk membentuk kembali bilik mata depan(BMD). Lubang sklerostomi harus cukup besar untuk menghindari oklusi iris, tapi harus cukup kecil sehingga dapat ditutupi oleh flap sklera.

Iridektomi harus dilakukan untuk mengurangi resiko oklusi sklerostomi oleh iris dan mencegah terjadinya blok pupil. Saat melakukan iridektomi harus dihindari pemotongan prosesus siliaris dan distrupsi serat zonula dan lapisan hyaloid.

Flap sklera dijahit secara ketat untuk menghindari bilik mata depan(BMD) yang dangkal pasca operasi dengan teknik jahitan *releasable suture* (RS). Setelah beberapa hari atau beberapa minggu pasca operasi, jahitan dapat dilonggarkan untuk meningkatkan aliran keluar humor akuos. Pada trabekulektomi menggunakan anti fibrosis, tegangan jahitan dan jumlah jahitan harus disesuaikan sampai tidak terdapat aliran spontan humor akuos. Untuk memastikan aliran masih dapat terjadi, dapat dilakukan penekanan secara halus pada ujung sklera posterior.

Sebelum menutup konjungtiva, operator dapat menyesuaikan aliran humor akuos di sekitar flap dengan menambahkan atau melepas jahitan sklera. Setelah aliran humor akuos sesuai dengan yang diinginkan, dapat dilakukan penutupan konjungtiva dengan beberapa teknik menggunakan benang yang dapat diserap berukuran 7.0-8.0. Untuk flap konjungtiva

berbasis forniks, konjungtiva dapat dijahit di limbus. Untuk flap berbasis limbus, konjungtiva dan kapsula Tenon ditutup secara terpisah atau dalam satu lapisan.



Gambar 2.6 Sirkulasi humor aquos pada mata normal dan setelah operasi.

2.5.3 Efek Samping Trabekulektomi.

Efek samping yang dapat timbul pasca trabekulektomi dapat dibagi menjadi dua, efek samping segera dan efek samping lambat. Efek samping segera dapat berupa infeksi, hipotoni, bilik mata depan (BMD) dangkal, kesalahan aliran humor akuos, hifema, katarak, peningkatan TIO sementara, *cystoids macular edema* (CME), makulopati, hipotoni, efusi koroid, perdarahan suprakoroid, uveitis persisten, dan kehilangan penglihatan. Efek samping lambat dapat berupa kebocoran bleb, katarak, blebitis, endoftalmitis, bleb simtomatik, hipotoni, ptosis, dan retraksi kelopak mata (AAO (American Academy of Ophthalmology) 2014-2015).

2.5.4 Manajemen pasca operasi.

Obat pasca operasi dimulai pada hari operasi. Ini termasuk antibiotik pasca operasi selama satu minggu, sikloplegia kerja panjang, bila diindikasikan, untuk mempertahankan kedalaman ruang anterior dan dosis sering prednisolon asetat 1% topikal selama beberapa minggu setelah operasi. Sikloplegik membantu mempertahankan kedalaman bilik mata depan

dengan merelaksasi otot siliaris, mengencangkan aparatus zonula, dan menarik lensa ke belakang.

Penekanan inflamasi sangat penting untuk keberhasilan. Steroid topikal diturunkan berdasarkan respon bilik mata depan pada awalnya, tetapi kemudian berdasarkan hiperemia konjungtiva. Durasi terapi steroid topikal sangat bervariasi, dan beberapa pasien memerlukan kelanjutan selama empat bulan atau lebih. Tambahan 5-fluorouracil dapat digunakan seperlunya untuk membatasi jaringan parut dan biasanya diberikan dalam dosis 5,0 hingga 7,5 mg beberapa kali per minggu sesuai kebutuhan. Meminimalkan penggunaan penekan air dapat meningkatkan pembentukan bleb.

Lisis jahitan laser atau pengangkatan jahitan yang dapat dilepas, jika perlu, sering dilakukan dalam beberapa minggu setelah operasi untuk meningkatkan drainase akuos. Dengan pelepasan jahitan berurutan yang direncanakan, hipotoni pascaoperasi awal dan filtrasi berlebihan dapat dihindari. Pelepasan jahitan harus dilakukan dalam waktu satu minggu pada mata yang tidak menerima agen antifibrosis, tetapi dapat ditunda selama beberapa minggu setelah operasi 5-fluorourasil dan bahkan lebih lama setelah mitomisin-C.

Intervensi diperlukan saat komplikasi muncul. Pengenalan dini komplikasi pasca operasi dan tepat waktu, intervensi yang tepat meningkatkan tingkat keberhasilan operasi dan meminimalkan morbiditas pasien. Ahli bedah harus siap dan diperlengkapi untuk menangani komplikasi pasca operasi filtrasi seperti hipotoni, pendangkalan bilik mata depan, dan glaukoma maligna, antara lain. Teknik tambahan untuk membatasi filtrasi berlebihan termasuk penambalan, lensa kontak berdiameter besar, dan cincin symblepharon. Pendangkalan bilik mata depan mungkin memerlukan reformasi. Efusi koroid biasanya sembuh dengan peningkatan TIO, tetapi terkadang memerlukan drainase.

Komplikasi akhir dari operasi penyaringan termasuk hipotoni berkepanjangan yang berhubungan dengan hipotoni makulopati dan infeksi mata yang berhubungan dengan bleb.

Hilangnya penglihatan karena hiptoni makulopati lebih sering terjadi pada pasien rabun yang lebih muda dan mungkin memerlukan pembedahan untuk memperbaiki hipotoni dan mengembalikan TIO normal. Bleb berdinding tipis, sering dikaitkan dengan kebocoran fokal, lebih rentan terhadap infeksi mata terkait bleb lanjut. Konjungtivitis dengan adanya bleb penyaringan atau infeksi bleb harus diperlakukan sebagai keadaan darurat medis karena dapat menyebabkan endoptalmritis menular dan kehilangan penglihatan atau mata. Pasien yang telah menjalani trabekulektomi harus diperingatkan tentang tanda dan gejala infeksi mata terkait bleb lanjut dan harus dikonseling untuk mencari perhatian segera.

2.6 Standart Prosedur Operasional Pre Operasi Trabekulektomi.

2.6.1 Pengertian

Suatu periode persiapan dan pengkajian fisik serta psikologis yang dibutuhkan klien secara individu sejak klien masuk IGD, rawat jalan dan rawat inap yang dinyatakan harus menjalani operasi sampai dilakukannya tindakan operasi.

2.6.2 Tujuan

1. Mempersiapkan klien secara fisik dan mental agar dapat mengikuti prosedur operasi yang telah ditetapkan.
2. Mengkaji kondisi fisik dan psikologis klien sehingga potensi masalah dapat diantisipasi dan dicegah.
3. Memperkecil resiko infeksi post operasi.
4. Mencegah atau menghindari kemungkinan terjadinya komplikasi yang tidak diharapkan.
5. Adanya keseimbangan cairan elektrolit dalam tubuh (homeostatis).

2.6.3 Prosedur

A. Persiapan Alat

1. Opearting Microscope System
2. Lid Retractor / speculum
3. Gunting conjungtiva
4. Needle holder
5. Blade dan gagang blade
6. Gunting vannas
7. Corner-sclera pinset
8. Colibri
9. Wet field mcauter
10. Spatula untuk trabec McKensen

Meja 1

1. Jas Operasi Steril
2. Duk lubang / Eye drape steril
3. Handuk steril
4. Deepres steril
5. Kasa steril
6. Cover untuk handle mikroskop (kondom)
7. Handscone steril

Meja 2

1. Jarum kanula irigasi 5 buah
2. Spuit 1cc 2buah : antibiotik (cefuroxime) dan mitomicin (anti kangker)
3. Spuit 3cc 3 buah : untuk antibiotic, anestesi local, dan irigasi BMD (BSS)Spuit 5cc
1buah : untuk irigasi luar

4. Spuit 10 cc 2 buah : untuk cairan BSS dan betadine 5%.
 5. Benang Nylon 10.0 (ethylon)
 6. MQA sponge
 7. Ophthalmic knife 15° (second port)
 8. Cucing 3buah berisi betadine dan cairan BSS.
 9. cauter ujung bengkok
 10. Set instrumen yang terdiri dari:
 - a. Eye speculum (sprider)
 - b. Needle holder micro
 - c. Arteri klem 1 buah Untuk membersihkan mata luar dengan betadin 10%
 - d. Konjungtiva scissors
 - e. Colibri forceps
 - f. Tying forceps g.Spatula iris.
- Obat-obat yang digunakan:
 1. Lidocaine 2 %
 2. Injeksi Garamycin
 3. Injeksi Dexametason
 4. Atropine 1 % tetes mata
 5. Salep mata Antibiotika
 6. Pantocaine 2 % tetes mata
 - Informed Consent sudah diisi lengkap dan ditandatangani.
 - Hasil pemeriksaan laboratorium, hasil foto,serta pemeriksaan penunjang lainnya (kalau diperlukan).
 - Daftar check list pre operasi.

B. Persiapan Pasien

1. Persiapan Dokumen.
 - a. Identitas Pasien
 - b. Persetujuan Tindakan Operasi , Dokumen Informasi dan Edukasi
 - c. Lokasi Operasi (OD/OD/ODS)
 - d. Hasil Biometri
 - e. Hasil Pemeriksaan Laborat
 - f. Hasil Konsultasi
2. Pemeriksaan Pasien
 - a. Visus
 - b. Observasi TTV
 - c. Anamnesa Keluhan
 - d. Melepaskan Persiapan , Gigi Palsu dan Prothesa
 - e. Melepaskan Pakaian Dalam/BH
 - f. Membersihkan Cat Kuku/Lipstick
 - g. Membersihkan Muka, Badan, Ganti Pakaian
 - h. Desinfeksi Betadine
 - i. Riwayat Penyakit
 - j. Resiko Infeksi (TB, HIV, Hepatitis)
 - k. Resiko Nyeri
 - l. Resiko Cemas

C. Prosedur

- Informed Consent
1. Dokter melakukan pengkajian medis awal pasien yang meliputi anamnesis, pemeriksaan umum, pemeriksaan penunjang. diagnosis kerja, diagnosis banding,

pengobatan, dan rencana pembedahan.

2. Dokter memberikan informasi yang adekuat dalam pemberian asuhan kepada pasien atau keluarganya untuk pengambilan keputusan oleh pasien dan atau keluarga.
 3. Jika pasien dan atau keluarga setuju maka pasien atau keluarga akan menandatangani formulir *informed consent*.
 4. Apabila darah atau produk darah mungkin dibutuhkan, maka informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan kepada pasien dan atau keluarga.
 5. Perawat melakukan pengkajian pre operatif.
 6. Hasil pengkajian didokumentasikan di dalam rekam medis dan lembar pengkajian pre operatif kamar bedah.
- Pelaksanaan
 1. Desinfeksi lapangan operasi dengan betadine 10 %
 2. Fiksasi otot rektus superior dengan Silik 5 – 0
 3. Dipasang lid retractor
 4. Dibuat conjungtival flap formix based
 5. Perdarahan dirawat dengan wet field caunter
 6. Dibuat sclera flap berbentuk segi empat atau trapezium 4 x 4 atau 4 x 3 dengan irisan ketebalan $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$ sclera, diteruskan sampai ke daerah corner-sclera abu – abu
 7. Dilakukan wet field cauterisasi didaerah flap
 8. Dilakukan trabeculectomy $1\frac{1}{2}$ - 2 mm x 1 mm
 9. Dilakukan iridektomy
 10. Restorasi dan reposisi iris dan bilik depan mata dengan spatula Mckensen
 11. Sclera flap dijahit dengan nyion 10 – 0, 2 – 3 tempat
 12. Flap conjungtiva dijahit Vicryl 8 – 0 / Dexon 7 – 0 didua tempat ditepi

13. Diberikan 1 tetes Atropin 1 % dan injeksi Gramycin + Deksametason

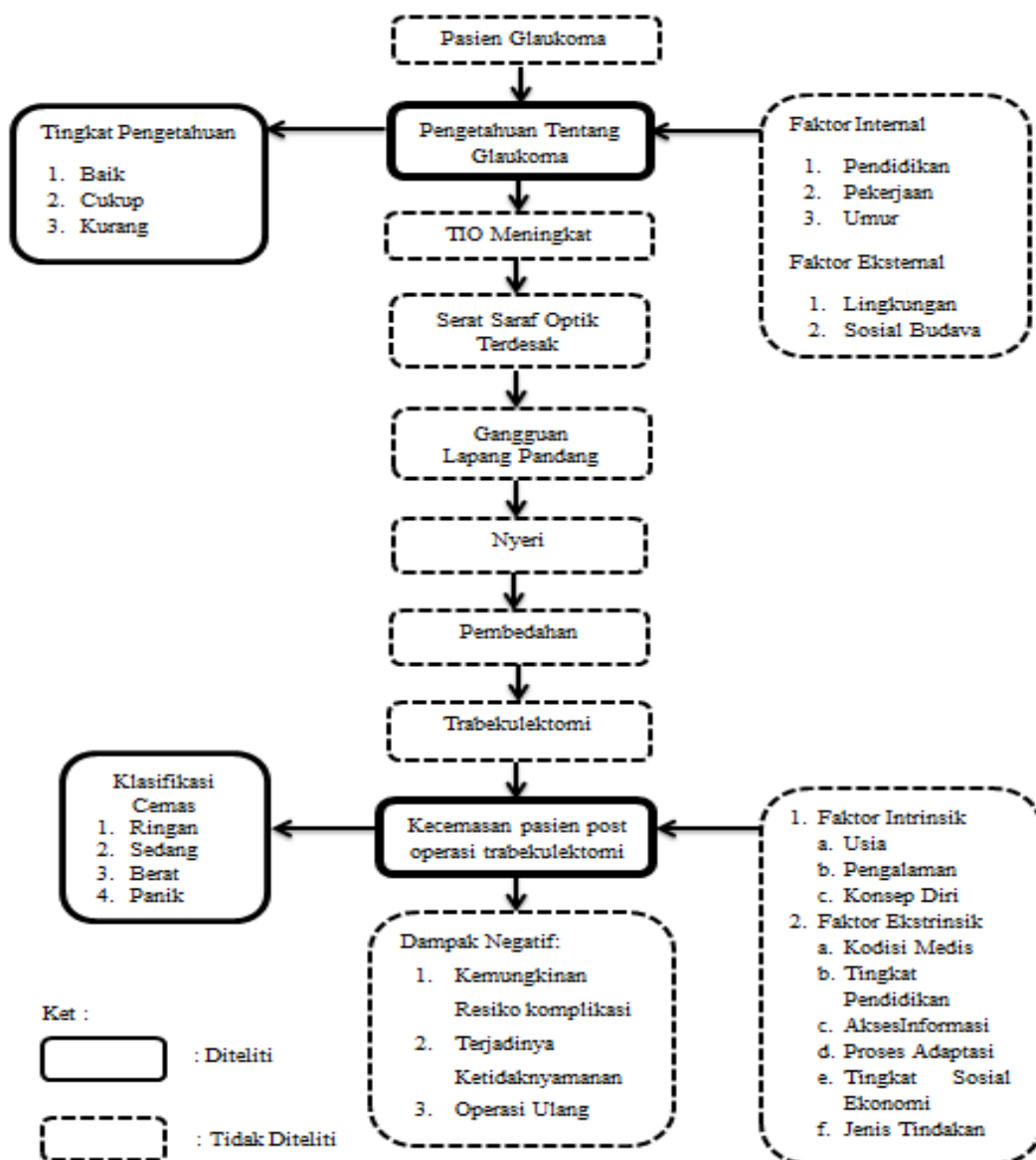
14. Mata ditutup dengan kasa steril

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 sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS 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).

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaucoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya.

BAB 4

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Rancang Bangun Penelitian.

Rancang bangun penelitian adalah suatu yang vital dalam penelitian yang memungkinkan memaksimalkan suatu kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi validity suatu hasil (Nursalam, 2013).

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian yaitu analitik korelasi adalah cara untuk mengetahui ada atau tidak adanya hubungan variabel. Kekuatan antar variabel dapat dilihat dari nilai koefisien korelasi. Dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali saja pada satu saat. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. Tentunya tidak semua subjek penelitian harus di observasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik variabel independen maupun variabel dependen di nilai hanya satu kali saja. Dengan studi ini akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (variabel independen) di hubungan dengan penyebab (variabel dependen) (Nursalam, 2013).

4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.

4.2.1 Waktu Penelitian.

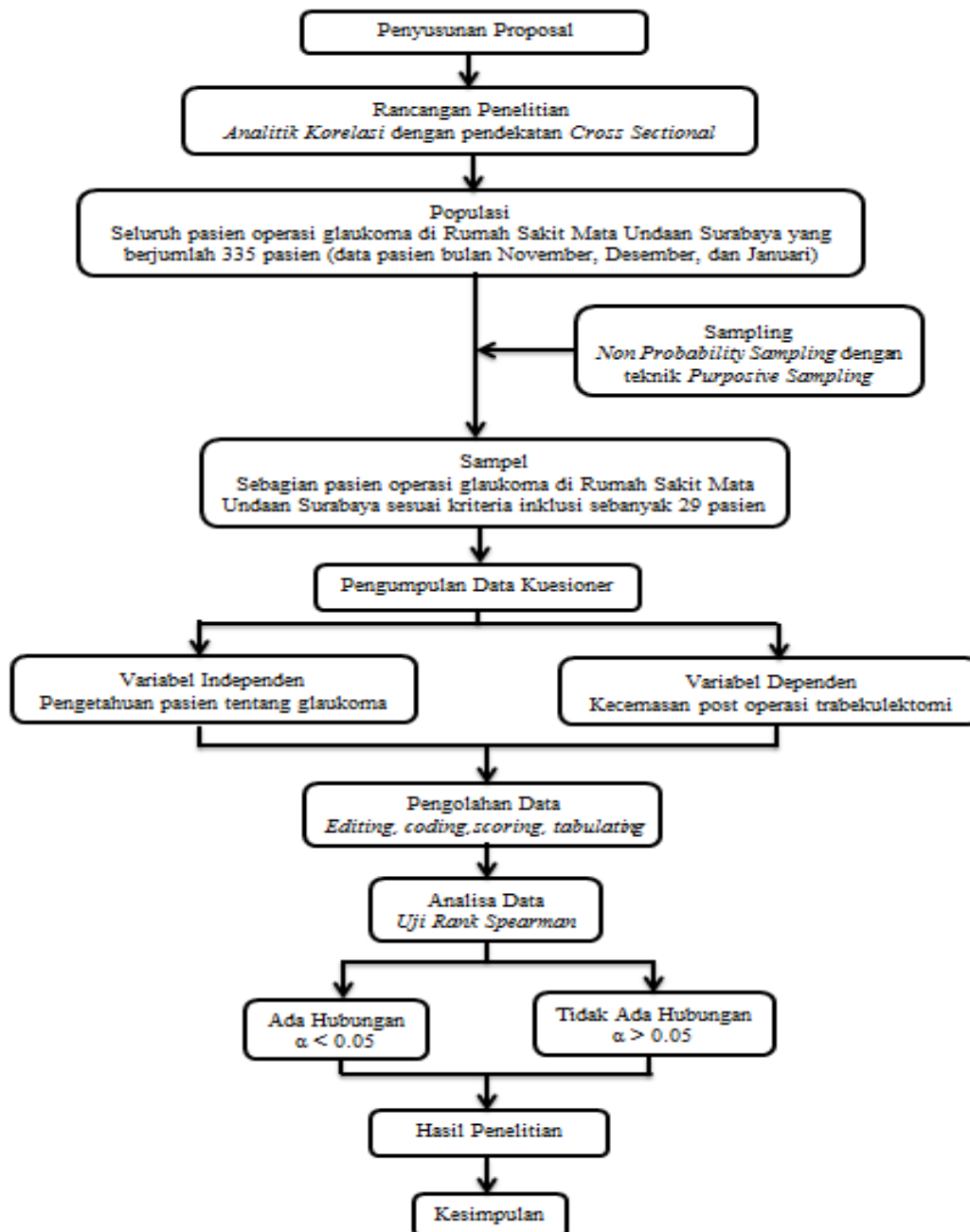
Penelitian dilakukan dengan proses pembuatan proposal pada bulan 12 Februari 2022 , kemudian dilanjutkan dengan tahap pelaksanaan penelitian pada bulan 21 Maret 2022 dan tahap pembuatan laporan serta presentasi hasil yang dilaksanakan pada bulan 28 April 2022.

4.2.2 Tempat Penelitian.

Tempat penelitian ini dilakukan di Rawat Jalan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

4.3 Kerangka Penelitian.

Menurut Sugiyono (2017:60) mengemukakan bahwa, alur berpikir dengan menerapkan berbagai model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah dalam topik penelitian dengan susunan yang sistematis.



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Glaukoma dengan Kecemasan Post-Operasi Trabekulektomi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

4.4 Sampling Desain.

4.4.1 Populasi.

Menurut Sugiyono (2017:80), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien operasi glaukoma di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang berjumlah 335 pasien (data pasien bulan November, Desember, dan Januari).

4.4.2 Sampel

Menurut sugiyono (2017:81) sampel adalah bagian atau jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien post operasi glaukoma di rawat jalan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 29 pasien sebagai berikut.

4.4.3 Kriteria Inklusi Penelitian

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Pasien glaukoma yang post operasi trabekulektomi.
- b. Pasien yang belum pernah mengalami operasi glaukoma sebelumnya.

4.4.4 Besar Sampel

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2013). Tehnik sampling dalam penelitian ini menggunakan *Non-probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel

(Sugiyono, 2018:82). Dengan teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang berdasarkan atas suatu pertimbangan tertentu seperti sifat-sifat populasi ataupun ciri-ciri yang sudah diketahui sebelumnya (Notoadmodjo, 2018). Berdasarkan jenis penelitian yaitu penelitian analisa korelatif, maka menurut Dahlan 2016 dengan tingkat kesalahan 0,20, rumus besar sampel yang digunakan untuk penelitian analisis korelatif adalah

$$n = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right)^2 + 3$$

Keterangan :

n = besar sampel za 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

Dengan demikian, jumlah sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah

$$n = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0,5 \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right)^2 + 3$$

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

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

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

$$n = 29,12 \approx 29 \text{ pasien}$$

Maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah 29 pasien

4.5 Variabel Penelitian.

Variabel merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi penelitian (Nursalam, 2013).

4.5.1 Variabel Independent.

Variabel *independen* adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya mempengaruhi variabel lain. (Nursalam, 2013). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan.

4.5.2 Variabel Dependent.

Variabel *dependen* adalah variabel yang dipengaruhi dan nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kecemasan pada pasien post operasi trabekulektomi.

4.6 Definisi Operasional.

Definisi operasional adalah menjelaskan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional, sehingga mempermudah pembaca atau penguji dalam mengartikan makna penelitian (Nursalam, 2013).

Tabel 4 .1. Definisi operasional tingkat pengetahuan dan kecemasan

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Kategori
1	Tingkat Pengetahuan Pasien Glaukoma	Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu.	Faktor Internal 1. Pendidikan 2. Pekerjaan 3. Umur Faktor Eksternal 1. Lingkungan 2. Sosial Budaya	Kuesioner	Ordinal	1. Pengetahuan Baik : 76 % - 100 % 2. Pengetahuan Cukup : 56 % - 75 % 3. Pengetahuan Kurang : < 56 % (Arikunto, 2013)
2	Kecemasan Post Operasi Glaukoma	Kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).	1. Faktor Intrinsik : a. Usia b. Pengalaman c. Konsep Diri 2. Faktor Ekstrinsik: a. Kodisi Medis b. Tingkat Pendidikan c. Akses Informasi d. Proses Adaptasi e. Tingkat Sosial Ekonomi f. Jenis Tindakan	Kuesioner	Ordinal	1. Cemas Ringan (nilai 20-44) 2. Cemas Sedang (nilai 45-59) 3. Cemas Berat (nilai 60-74) 4. Panik (nilai 75-80) (Nursalam,2013)

4.7 Teknik Pengumpulan Data Dan Analisa Data.

4.7.1 Instrumen Penelitian.

Menurut Sugiyono (2018: 92) “Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur nilai variabel yang diteliti. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner (angket).

Menurut Sugiyono (2015:199) “mengemukakan bahwa kuisisioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab”.

Instumen untuk penelitian ini adalah pengetahuan dan kecemasan menggunakan kuesioner instrumen alat ukur menggunakan tanda cek list (√). Pertanyaan dalam kuesioner ini menggunakan pertanyaan tertutup, pertanyaan seperti ini mempunyai keuntungan mudah mengarahkan jawaban responden (Notoadmodjo, 2015)

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Kuesioner Data Demografi.

Kuesioner ini terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan. pengalaman operasi, agama, status pernikahan, pekerjaan.

2. Kuesioner Pengetahuan.

Kuesioner tingkat pengetahuan ini untuk mengetahui seberapa besar pengaruh tingkat pengetahuan pada pasien glaukoma. Terdapat 15 butir pertanyaan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dengan menggunakan skala Guttman. Skala dalam penelitian ini, akan di dapat jawaban yang tegas, yaitu”benar dan salah”. Instrumen penelitian ini menggunakan daftar pertanyaan yang berbentuk kuesioner, responden hanya diminta untuk memberikan tanda centang (√) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan responden. Penilaian pada kuesioner ini yaitu:” benar dan salah”. Rumus yang di

gunakan untuk mengukur presentase dari jawaban yang di dapat dari kuesioner menurut Arikunto (2013), yaitu

$$\text{Presentase} = \frac{\text{Jumlah nilai yang benar}}{\text{Jumlah soal}} \times 100 \%$$

Arikunto (2013) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 76-100 \%$.
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya $60-75 \%$.
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $\leq 60 \%$.

Penyusunan instrument penelitian di mulai dengan membuat kisi-kisi di lanjutkan dengan pembuatan pernyataan dengan jumlah 15 pernyataan.

Tabel 4.2 Kisi-kisi Variabel Tingkat Pengetahuan.

Pertanyaan	Indikator	Favourabel	Unfavourabel	Jumlah
Tingkat	Pengertian Glaukoma	1		1
Pengetahuan	Klasifikasi Glaukoma		6	1
	Konsep Glaukoma	2, 10,	3, 12	4
	Etiologi Glaukoma		4, 5	2
	Manifestasi Klinis	13		1
	Tujuan Operasi		8	1
	Pengobatan Glaukoma	7, 9, 14	11, 15	5
Total				15

3. Kueioner Kecemasan.

Tingkat kecemasan pasien post operasi trabekulektomi, diukur menggunakan instrumen berupa kuesioner. *Zung SelfRating Anxiety Scole (SAS/SRAS)*. *Zung Self-Rating Anxiety Scale* adalah kuesioner kecemasan yang dirancang oleh *Wiliam WK*

Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)* (Nursalam 2013). *Zung Self-Rating Anxiety Scale* memiliki 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan *Unfavourable* dan 5 pertanyaan *Favourable*.

Tabel 4.3 Kisi-kisi Variabel Kecemasan

Pertanyaan	Indikator	Favourabel	Unfavourabel	Jumlah
Kecemasan	Fisiologis	13	6, 7, 10, 15, 16, 18, 20	8
	Perilaku	17, 19	1	3
	Kognitif		11	1
	Afektif	5, 9	2, 3, 4, 8, 12, 14	8
Total				20

Setiap pertanyaan *favourable* (mendukung) dan *unfavourable* (tidak mendukung) memiliki penilaian/penskoran yang berbeda, penilaiannya sebagai berikut:

Tabel 4.4 Teknik penilaian instrument *Zung Self-Rating Anxiety Scale*

Jawaban Responden				
	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sering Mengalami	Mengalami Setiap Hari
Favourabel	4	3	2	1
Unfavourabel	1	2	3	4
Total	5	5	5	5

Selanjutnya skor yang dicapai dari semua item pertanyaan di jumlahkan, kemudian skor yang didapat dikategorikan menjadi 4 kriteria tingkat kecemasan yaitu:

Nilai 20–44 = kecemasan ringan

Nilai 45-59 = kecemasan sedang

Nilai 60-74 = kecemasan berat

Nilai 75-80 = kecemasan panik

4.7.2 Uji Validitas dan Reliabilitas.

1. Uji Validitas.

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur yang dimana untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang akan diukur maka dari itu perlu diuji dengan korelasi antara skor (nilai) setiap itemnya (pernyataan) dengan skor total kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2018).

a. Kuesioner Tingkat Pengetahuan.

Uji validitas yang digunakan adalah uji validitas *content* (isi) dan validitas konstruk. Uji validitas isi dilakukan dengan membandingkan antara isi kuisisioner dengan isi yang terdapat dalam konsep. Setelah dilakukan uji, tidak ada item pertanyaan yang dihilangkan atau diganti namun hanya dilakukan penambahan petunjuk cara pengisian kuisisioner berdasarkan pendapat dari para pakar. Setelah pengujian konstruk dari ahli selesai dan disetujui, kuisisioner diberikan pada sampel dan dianalisis faktor dengan mengkorelasi antar skor item dengan rumus teknik korelasi *product moment* dinyatakan valid bila r hitung $\geq r$ tabel. Selain itu, variabel dikatakan valid jika nilai signifikansi $p < 0,05$ (Sugiyono, 2016). Setelah dilakukan analisis dengan dibantu dengan program SPSS, 15 item pertanyaan pada kuisisioner dapat dinyatakan valid.

b. Kuesioner Kecemasan.

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) merupakan kuesioner baku dalam bahasa inggris yang dirancang oleh *William WK Zung*. Kemudian kuesioner ini telah dialih bahasakan kedalam Bahasa Indonesia dan dijadikan sebagai alat

pengukur kecemasan yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya. Hasil uji validitas tiap pertanyaan kuesioner dengan nilai terendah 0,663 dan tertinggi adalah 0,918 (Nursalam, 2013). Tingkat signifikansi yang digunakan 5% atau 0,05 sehingga kuesioner dikatakan valid (Hidayat, 2014).

2. Uji Reliabilitas.

Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten jika dilakukan pengukuran dua kali atau lebih dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2018).

a. Kuesioner Tingkat Pengetahuan.

Metode yang digunakan untuk mengukur reliabilitas dalam penelitian ini adalah metode statistik dengan rumus *alpha cronbach* dan nilai koefisien reliabilitas nilai $r \geq$ sebesar 0,6 (Sugiyono, 2017). Uji coba instrumen pada penelitian ini menggunakan uji coba terpakai, yaitu uji coba dilakukan bersamaan dengan pelaksanaan penelitian yang sesungguhnya dan hasilnya langsung digunakan untuk analisis selanjutnya (Udin,R.,Supriyoko 2014). Uji coba terpakai digunakan atas pertimbangan jumlah responden yang tidak terlalu banyak dan sulit didapat serta waktu penelitian yang terbatas. Hasil uji reliabelitas yang diperoleh dengan nilai koefisien reliabelitas sebesar 0,757. Nilai koefisien reliabelitas (0,757) \geq 0,6 dapat disimpulkan bahwa semua angket penelitian sudah reliabel sehingga seluruh item pertanyaan dapat dianalisis.

b. Kuesioner Kecemasan.

Uji reliabilitas merupakan cara untuk mengukur konsistensi sebuah instrumen penelitian. Instrumen dikatakan reliabel jika alat ukur yang digunakan tersebut menunjukkan hasil yang konsisten. Instrumen yang reliabel apabila didapatkan

nilai Alpha Cronbach lebih dari konstanta ($>0,6$). Hasil ujian reliabilitas menunjukkan angka 0,8 sehingga kuesioner dikatakan reliabel (Nursalam, 2013).

4.7.3 Pengumpulan Data.

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

1. Alur Birokrasi Perizinan.

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti membuat surat perizinan dari STIKES untuk diserahkan ke lokasi penelitian. Menyerahkan surat izin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dan Kepala Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya. Setelah itu 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.

4.7.4 Etik Penelitian.

Penelitian menggunakan objek manusia tidak boleh bertentangan dengan etika agar hak responden dapat terlindungi (Nursalam, 2013). Oleh karena itu, maka diperlukan suatu etika penelitian yang terdiri dari:

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.

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.

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.

4.7.5 Pengolahan Data dan Analisa Data.

Setelah data terkumpul maka dilakukan pengolahan data kemudian dianalisis (Nursalam, 2013). Pengolahan data merupakan kegiatan untuk merubah data mentah menjadi bentuk data yang lebih ringkas, dan disajikan serta dianalisis sebagai dasar pengambilan keputusan penerimaan atau penolakan hipotesis yang diajukan (Sugiyono, 2015).

4.7.4.1. Pengolahan Data

Pengolahan data terdiri dari 5 langkah yaitu (Hidayat, 2017):

1. Editing

Tahap ini adalah tahap dimana peneliti melakukan pengeditan pada data kuesioner yang akan digunakan dan memastikan bahwa semua pertanyaan pada kuesioner sudah tercantum untuk mendapatkan hasil data yang diinginkan.

2. Coding

Tahap pengkodean dilakukan untuk mengelompokkan dan mengkode pada setiap data yang terkumpul baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

a. Umur

- 1) Umur 18-29 kode U1
- 2) Umur 30-39 kode U2
- 3) Umur 40-49 kode U3

- 4) Umur 50-59 kode U4
 - 5) Umur >60 kode U5
- b. Jenis kelamin
- 1) Perempuan kode J1
 - 2) Laki-laki J2
- c. Pendidikan
- 1) SD kode P1
 - 2) SMP kode P2
 - 3) SMA kode P3
 - 4) PT kode P4
- d. Pekerjaan
- 1) Tidak Bekerja kode K1
 - 2) IRT kode K2
 - 3) Swasta kode K3
 - 4) Wiraswasta kode K4
 - 5) PNS/TNI/GURU kode K5
- e. Pengalaman Operasi Sebelumnya
- 1) Tidak Pernah kode O1
 - 2) pernah kode O2

3. *Scoring*

Scoring adalah kegiatan menyekor hasil jawaban responden, skor yang digunakan. Peneliti memberikan skor pada masing – masing jawaban kuesioner untuk tingkat pengetahuan dan kecemasan.

a. Tingkat Pengetahuan.

Arikunto (2013) membuat kategori tingkat pengetahuan seseorang menjadi tiga tingkatan yang didasarkan pada nilai persentase yaitu sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan kategori Baik jika nilainya $\geq 76-100\%$.
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya $60-75\%$.
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya $\leq 60\%$.

b. Tingkat Kecemasan.

Tingkat kecemasan pasien post operasi trabekulektomi, diukur menggunakan instrumen berupa kuesioner. *Zung SelfRating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*. *Zung Self-Rating Anxiety Scale* adalah kuesioner kecemasan yang dirancang oleh *Wiliam WK Zung*, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)* (Nursalam 2013). *Zung Self-Rating Anxiety Scale* memiliki 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan *Unfavourable* dan 5 pertanyaan *Favourable*, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4. Keterangan :

1= Tidak pernah

2= Kadang - kadang

3= Sebagian waktu

4= Hampir setiap waktu

Terdapat 15 pertanyaan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan kecemasan. Rentang penilaian alat ukur ini adalah 20-80, dengan keterangan pengelompokan sebagai berikut :

Nilai 20-44 = kecemasan ringan

Nilai 45-59 = kecemasan sedang

Nilai 60-74 = kecemasan berat

Nilai 75-80 = kecemasan panik

4. *Transferring*

Kegiatan memindahkan jawaban/kode jawaban ke dalam *master sheet*

5. *Tabulating*

Data yang terkumpul dari kuesioner, kemudian dilakukan tabulasi data dalam tabel untuk melihat adanya efektivitas pemberian edukasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi ablasio retina di rumah sakit mata undaan surabaya.

4.7.4.2. Analisa Statistik

1. Univariat.

Analisa univariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Analisis univariat digunakan untuk menganalisis data usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan dan pengalaman operasi sebelumnya. Setelah melakukan analisis univariat, peneliti melakukan uji homogenitas data (Arikunto, 2016).

Tujuannya yaitu untuk menjelaskan atau membandingkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dari angka, jumlah dan distribusi frekuensi masing-masing kelompok tanpa ingin mengetahui pengaruh atau hubungan dari karakteristik (responden) yang ingin diketahui (Sugiono, 2015).

2. Bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi rank spearman yang merupakan uji yang digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Sugiyono, 2013). Penelitian ini menggunakan analisis korelasi rank spearman karena data yang sudah diolah telah memenuhi syarat untuk dilakukan uji korelasi rank spearman. Menurut Sugiyono (2013) bahwa jenis data untuk korelasi rank spearman adalah data ordinal, berasal dari sumber yang tidak sama, serta data dari kedua variabel tidak harus membentuk distribusi normal. Sehingga, uji

korelasi rank spearman dapat dirumuskan, sebagai berikut:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum di^2}{n(n^2-1)}$$

Keterangan:

rs = Nilai koefisien korelasi spearman rank

di2 = selisih peringkat setiap data

n = jumlah data

Adapun untuk menjelaskan tingkat hubungan dalam analisis korelasi rank spearman menurut Sugiyono (2014) adalah sebagai berikut:

Tabel 4.5 Tingkat Hubungan Korelasi

Koefisien Korelasi	Tingkat Keeratan Hubungan
0,000 – 0,199	Sangat Rendah
0,200 – 0,399	Rendah
0,400 – 0,599	Sedang
0,600 – 0,799	Kuat
0,800 – 1,000	Sangat Kuat

Sumber: Sugiyono, 2014

Sedangkan untuk menginterpretasikan arah hubungan korelasi rank spearman menurut Sugiyono (2014), yaitu:

1. Jika nilai $0 \leq r_s \leq 1$ dengan tanda positif (+), maka nilai koefisien korelasi memiliki arah hubungan yang berbanding lurus sehingga semakin besar nilai variabel X maka semakin besar pula nilai variabel Y.
2. Jika nilai $0 \leq r_s \leq 1$ dengan tanda negatif (-), maka nilai koefisien korelasi memiliki arah hubungan yang berbanding terbalik sehingga semakin kecil nilai variabel X maka

semakin besar nilai variabel Y atau sebaliknya. 18 3. Jika nilai $r_s = 0$, maka tidak ada hubungan antara kedua variabel.

DAFTAR PUSTAKA

- AAO (American Academy of Ophthalmology). *Introduction to Glaucoma: Terminology, Epidemiology, and Hereditary*. In: *American Academy of Ophthalmology staffs editor. Glaukoma. Basic and Clinical Science Course. Sec 10*. San Fransisco: The Foundadtion of the American Academy of Ophthalmology;2014-2015;p.3-25
- Alex Sobur, M.Si. 2013.*Psikologi Umum dalam Lintas Sejarah*. Bandung: CV Pustaka Setia.
- Anthony, Robert N, dan Vijay Govindarajan. 2019. *Management Control System*. Jakarta: Salemba Empat.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi.2017. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Astuti S. 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis di RW 04 kelurahan Lagoa Utara tahun 2013*. [skripsi]. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
- Berman, A., Snyder, S.J., Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice (Tenth Edition)*. New York: Pearson Education, Inc.
- Bhowmik Debjit, dkk. 2012. *Glaucoma A Eye Disorder Its Causes, Risk Factor, Prevention and Medication*. Vol.1 no.1 2012 (www.thepharmajournal.com)
- Bobak, Lowdermilk, Jense. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Breivik, H., Borchgrevink, P,C., & Allen, S.. (2018). *Assessment of Pain*. *British journal of Anaesthesi*: 101 : 17-24.
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Buchanan (2002) dalam *Journal of Oral Health Care Vol.7, No. 2*, Oktober 2019, pp. 55 – 65,

- Chandra, T., & Priyono, P. (2017). *The Influence of Leadership Styles, Work Environment and Job Satisfaction of Employee Performance—Studies in the School*
- Chutima R, Sookjaroen T, Aurasu C., *preoperative anxiety among patients who were about to receive uterine dilatation and curettage. J Med Assoc Thai.* 2012;95(10):1344–51.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23193751#>.
- Clifton, R.T., dan Gill, D.L. 2012. Gender Differences in Self-Confidence on a Feminine-Typed Task. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, (150-162).
- Dahlan, Sopiudin, 2014. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Edisi 6*. Jakarta, Salemba Medika
- Donsu, Jenita DT. (2017). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Gataa R, Ajmi TN, Bougmiza I, Mtiraoui A. *Morbidity patterns in general practice settings of the province of Sousse, Tunisia. Pan Afr Med J.* 2019;3:11.
- Hidayat, A.A.. (2014). *Metode penelitian keperawatan dan teknis analisis data*. Jakarta : Salemba Medika
<http://docplayer.info/54017735-Rachmat-udin-supriyoko.html>
- Ilyas, Sidarta. 2014. *Ilmu Penyakit Mata, edisi 5*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI
- Jlala HA, French J, Foxall GL, Hardman JG, Bedfordth NM. *Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. Br J Anaesth.* 2018; 104(3):369–74.
- Kaplan & Sadock, 2015. *Synopsis Of Psychiatry: Behavioral Sciences/Cinical/Psychiatri- Elevent Edition*
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Profil Kesehatan Indonesia, 2015*, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- Majid, A. et al. (2018). *Keperawatan Perioperatif. Edisi 1*. Yogyakarta: Goysen Publishing.

- Muttaqin, Arif & Kumala Sari. (2013). *Asuhan Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muyasaroh, Hj. Hanifah, Yusuf Hasan Baharudin, Nanda Noor Fadjrin, Tatang Agus Pradana, and Muhammad Ridwan. 2020. "*Kajian Jenis Kecemasan Masyarakat Cilacap Dalam Menghadapi Pandemi Covid 19.*" Lembaga
- Notoatmodjo, S., (2014) *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nurhasim. 2013. *Tingkat Pengetahuan Tentang Perawatan Gigi Siswa Kelas IV dan V SD Negeri Blengorwetan Kecamatan Ambal Kabupaten Kebumen Tahun Pelajaran 2012/2013*. Skripsi. Universitas Negeri Yogyakarta
- Nursalam. 2013. *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter, A & Perry, A 2012, *Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses, dan praktik*, vol.2, edisi keempat, EGC, Jakarta.
- Razeghinejad,M.R.,Fudemberg,S.J.,and Spaeth:2012.p.1-6
- Riksavianti, F., Samad, R. (2014). *Reliabilitas dan Validitas dari Modified Dental Anxiety Scale Dalam Versi Bahasa Indonesia*. Dentofasial. Vol. 13 (2) : 145 – 149.
- Sitorus, Rita S., dkk (editor). (2017). *Buku Ajar Oftalmologi Edisi Pertama* (Edisi Pertama). Jakarta: BP FKUI.
- Situs Resmi Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya, <http://rsmataundaan.co.id/>, 27 Januari 2022
- Skalicky, S. E., et al. (2015). "*Cataract and quality of life in patients with glaucoma.*" *Clinical & experimental ophthalmology* 43(4): 335-341.
- Stirling L, Raab G, Alder EM, Robertson F. *Randomized trial of essential oils to reduce perioperative patient anxiety: feasibility study*. J Adv Nurs. 2017; 60(5):494–501

- Stuart, G. W., dan Sundeen. (2016). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*, (1st edition). Singapore : Elsevier
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung : Alfabeta, CV
- Tamsuri, Anas. 2012. *Klien Gangguan Mata dan Penglihatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- The Foundadtion of the American Academy of Ophthalmology*;2014-2015;p.3-25
- Udin Syaifuddin. S, 2008. *Inovasi Pendidikan*, Bandung: Alfabeta.
- Vaughan dan Asbury, 2015. *Oftalmologi Umum*. Ed. 17. Jakarta: EGC
- Vileikyte L. *Stress and wound healing. Clin Dermatol*. 2017;25(1):49–55
- Wahyudi, I., Bahri, S. and Handayani, P. (2019) ‘*Aplikasi Pembelajaran Pengenalan Budaya Indonesia*’, V(1), pp. 135–138. doi: 10.31294/jtk.v4i2.

**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

Keterangan: Jadwal bisa berubah sesuai dengan keputusan akademik.

Daftar Singkatan

TIO	Tekanan Intra Okuler
N II	Nervus II
DM	Diabetes Melitus
BMD	Bilik Mata Depan
TM	Trabecular Meshwork
RS	Releasable Suture
CME	Cystoids Macular Edema

LAMPIRAN 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Even Tirtasari

NIM : 20.12.1.042.3

Saya sebagai mahasiswa Progam Studi Ilmu Keperawatan STIKES Ganesha Husada Kediri akan melakukan penelitian dengan judul “HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI TRABEKULEKTOMI DI RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA”

Dalam hal ini saya berharap partisipasi anda untuk menjadi responden dalam penelitoan 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, Februari 2022

Hormat saya

Even Tirtasari

NIM : 20.12.1.042.3

LAMPIRAN 2

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Glaukoma Dengan Kecemasan Post Operasi Trabekulektomi Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

Peneliti : Even Tirtasari (NIM : 20.12.1.042.3)

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, Februari 2022
Responden

Lampiran 3

INSTRUMEN PENELITIAN

NOMER RESPONDEN :

TANGGAL PENGISIAN :

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pertanyaan dibawah ini dengan teliti
2. Berilah tanda cek (√) pada kotak yang tersedia, serta jawablah sesuai yang anda pilih.

A. Data Demografi

1) Jenis Kelamin

- Laki-laki
- Perempuan

5) Agama

- Islam
- Kristen/katolik
- Hindu
- Budha

2) Umur

- 20th – 25th
- 26th – 40th
- 41th _45th
- 46th – 50th
- 51th- 60th
- > 60 th

6) Status pernikahan

- Menikah
- Tidak/belum menikah

3) Tingkat pendidikan

- SD
- SMP
- SMA
- Perguruan Tinggi

7) Pekerjaan

- Tidak bekerja
- Swasta /karyawan
- Wiraswasta /pengusaha
- PNS

4) Pengalaman Operasi

- Belum pernah dioperasi
- Pernah dioperasi

Lampiran 4

B. Data Tingkat Pengetahuan

Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan apa yang anda tahu.
3. Berikan tanda cek list (\checkmark) pada kotak yang tersedia, yang anda pilih

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Glaukoma yaitu kelainan yang disebabkan oleh kenaikan tekanan di dalam bola mata sehingga lapang pandang dan visus mengalami gangguan secara progresif.		
2	Glaukoma merupakan penyakit bawaan atau keturunan.		
3	Penyebab umum kebutaan didunia adalah glaukoma.		
4	Glaukoma ditandai dengan kerusakan pada lensa mata.		
5	Tekanan bola mata normal adalah 10-30 mmHg.		
6	Mata merah, keluar kotoran, dan gatal merupakan tanda-tanda glaukoma.		
7	Tujuan pengobatan glaukoma adalah menurunkan tekanan bola mata.		
8	Tujuan Operasi glaukoma adalah untuk mengembalikan penglihatan.		
9	Kontrol rutin pada pasien glaukoma adalah 1 bulan sekali.		
10	Kehilangan penglihatan karena glaukoma itu menetap.		
11	Pengobatan glaukoma biasanya untuk jangka waktu 1 tahun.		
12	Penyakit glaukoma dapat menular.		
13	Kebanyakan pasien dengan glaukoma tidak memiliki gejala.		
14	Obat-obat glaukoma meliputi obat tetes dan minum.		
15	Aturan pemakaian obat glaukoma boleh bebas tidak sesuai aturan		

Lampiran 5

C. Data Kecemasan

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang paling tepat sesuai dengan keadaan anda atau apa yang anda rasakan Post operatif.

- Tidak pernah sama sekali : 1
- Kadang-kadang saja mengalami demikian : 2
- Sering mengalami demikian : 3
- Selalu mengalami demikian setiap hari : 4

No	Pertanyaan	Jawaban			
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari Biasanya	1	2	3	4
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	1	2	3	4
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau Hancur	1	2	3	4
4	Saya mudah marah, tersinggung atau panic	1	2	3	4
5	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi	1	2	3	4
6	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar	1	2	3	4
7	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot	1	2	3	4
8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah	1	2	3	4
9	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang	1	2	3	4
10	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat	1	2	3	4
11	Saya sering mengalami pusing	1	2	3	4
12	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan	1	2	3	4
13	Saya mudah sesak napas tersengal-sengal	1	2	3	4
14	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya	1	2	3	4
15	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan	1	2	3	4
16	Saya sering kencing daripada biasanya	1	2	3	4
17	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat	1	2	3	4

18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan	1	2	3	4
19	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam	1	2	3	4
20	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk	1	2	3	4

Zung Self-Rating Anxiety Scale memiliki 20 pertanyaan yang terdiri dari 15 pertanyaan *Unfavourable* dan 5 pertanyaan *Favourable*.

Tabel 4.3 Kisi-kisi Variabel Kecemasan

Pertanyaan	Indikator	Favourabel	Unfavourabel	Jumlah
Kecemasan	Fisiologis	13	6, 7, 10, 15, 16, 18, 20	8
	Perilaku	17, 19	1	3
	Kognitif		11	1
	Afektif	5, 9	2, 3, 4, 8, 12, 14	8
Total				20

Setiap pertanyaan *favourable* (mendukung) dan *unfavourable* (tidak mendukung) memiliki penilaian/penskoran yang berbeda, penilaiannya sebagai berikut:

Tabel 4.4 Teknik penilaian instrument *Zung Self-Rating Anxiety Scale*

Jawaban Responden				
	Tidak Pernah	Kadang- Kadang	Sering Mengalami	Mengalami Setiap Hari
Favourabel	4	3	2	1
Unfavourabel	1	2	3	4
Total	5	5	5	5

Selanjutnya skor yang dicapai dari semua item pertanyaan di jumlahkan, kemudian skor yang didapat dikategorikan menjadi 4 kriteria tingkat kecemasan yaitu:

Nilai 20–44 = kecemasan ringan

Nilai 45-59 = kecemasan sedang

Nilai 60-74 = kecemasan berat

Nilai 75-80 = kecemasan panik

Lampiran 6



KARTU BIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI
 MAHASISWA ALIH JENJANG S1 KEPERAWATAN
 STIKES GANESHA HUSADA KEDIRI
 TH. 2021 / 2022

Nama : EVEN TIKTASARI
 NIM : 20.12.1-042.3
 Prodi : S1 KEPERAWATAN
 Judul : HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG
 GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI
 TRABEKULEKTOMI DI RS MATA UNDAAN
 Pembimbing I : Drs. BUDIOWO, M.Kes.
 Pembimbing II : CUCUN SETYA FERDINA, SST., M.Keb.

No.	Tanggal	Pembimbing	Masalah / Rekomendasi
1.	20/1/2022	I	* JUDUL * - Kata terhadap diganti tentang. - Variabelnya apa saja? - Datanya apa? - ACC Lanjut pembimbing ke 2.
2.	21/1/2022	II	* JUDUL * - Dibuat sekalian bab 1.
3.	22/1/2022	I	* BAB 1 * - Perbaiki sedikit latar belakang pada justifikasi ditambah data pendahuluan pada lokasi penelitian. - Tujuan khusus cukup 3 saja no.1,2 & 7. - Sumbernya 2020 dari jurnal atau buku perlu disebutkan.
4.	23/1/2022	I	- Latar belakang sudah benar hanya sumbernya belum ada,
5.	25/1/2022	I	- Tujuan khusus kedua diganti mengidentifikasi kecemasan. - ACC bab 1.
6.	25/1/2022	II	* BAB 1 * - Buat sampul & di jadikan satu. - Tahun referensi minimum 10 thni terakhir.
7.	8/2/2022	I	* BAB 2 * - Belum ada pengukuran kecemasan.
8.	11/2/2022	I	- ACC Bab 2
9.	15/2/2022	I	* BAB 3 * - Kerangka konsep atas diberi pegantar - Yang diteliti diberi garis penuh. - Isi kerangka konsep input, proses dan output serta faktor yang mempengaruhi.



**KARTU BIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI
MAHASISWA ALIH JENJANG S1 KEPERAWATAN
STIKES GANESHA HUSADA KEDIRI
TH. 2021 / 2022**

Nama : EVEN TIRTASARI
 NIM : 20.12.1.042.3
 Prodi : S1 KEPERAWATAN
 Judul : HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TENTANG
GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN POST OPERASI
TRABEKULEKTOMI DI RS MATA UNDAAN
 Pembimbing I : Drs. BUDIOMO, M.Kes
 Pembimbing II : CUCUN SETYA FERDINA, SST., M.Keb.

No.	Tanggal	Pembimbing	Masalah / Rekomendasi
10.	16/2/2022	I	- Acc bab 3 - Kategori pengetahuan & kecemasan garis pench.
11.	17/2/2022	I	*BAB 4* - Tehnik sampling: purposive sampling karena ada kriteria inklusi
12.	18/2/2022	I	- Acc bab 4.
13	19/2/2022	I	*LAMPIRAN* - Yang disampaikan ke responden tidak Perlu diberi cara penilaian. - Acc Lampiran.
14	22/2/2022	II	*JUDUL* - Halaman judul diperbaiki penulisan *BAB 1* - Spasinya diubah jadi 2 spasi *BAB 2* - Spasinya diubah jadi 2 spasi *BAB 3* - Babar 3.1, Kerangka konsep penelitian Hubungan antara tingkat pengetahuan pasien tentang glaukoma dengan kecemasan post operasi trabekulektomi di RS Mata Undaan Surabaya. - Penjelasan / penjabaran kerangka konsep tidak perlu *BAB 4* - Belum ada jumlah populasi & sampel jumlahnya masukkan di kerangka kerja - Spasinya diubah jadi 2 spasi

Lampiran 7

LEMBAR REVISI

Nama : EVEN TIRTASARI
 NIM : 20.12.1.042.3
 Prodi : S1 KEPERAWATAN
 Judul : HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN
TEKANG GLAUKOMA DENGAN KECEMASAN
POST OPERASI TRABEKULEKTOMI DI RS MATA UNDAAN
 Pembimbing I : Drs. BUDIOWO, M.Kes
 Pembimbing II : CUCUM SETYA FERDINA, SST., M.Keb.

No.	Bagian	Masalah / Rekomendasi
1.	JUDUL	- Kata terhadap diganti tentang - Variabelnya apa saja? - Datanya apa? - Sekalian buat bab 1. - Halaman judul diperbaiki penulisannya.
2.	BAB 1	- Perbaiki sedikit, latar belakang pada justifikasi ditambah data pendahuluan pada lokasi penelitian. - Tujuan khusus cukup 3 saja no 1, 2 & 7. - Sumbernya 2020 dari jurnal atau buku perlu disebutkan. - Latar belakang sudah benar hanya sumbernya belum ada. - Tujuan khusus kedua diganti mengidentifikasi kecemasan. - Buat sampul & dijadikan satu. - Tahun referensi minimal 10 tahun terakhir. - Spasinya dirubah jadi 2 spasi
3.	BAB 2	- Belum ada pengukuran kecemasan - Spasinya dirubah jadi 2 spasi
4.	BAB 3	- Kerangka konsep atas diberi pengantar - Yang diteliti diberi garis penuh. - Isi kerangka konsep input, proses dan output serta faktor yang mempengaruhi. - Kategori pengetahuan x kecemasan garis penuh - Penjelasan/penjabaran kerangka tidak perlu

Lampiran 8

BERITA ACARA PERBAIKAN PROPOSAL SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Even Tirtasari

NIM : 20.12.1.042.3

Hari /Tanggal Ujian : Sabtu,5 Maret 2022

Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tentang Glaukoma Dengan Kecemasan Post Operasi Trabekulektomi di RS Mata Undaan

No.	Nama Penguji	Masukan	Tanda Tangan
1.	Anik Nuradiyanti SKep.Ns.M.Kep	<p>Bab 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ditambahkan data kecemasan • Pendahuluan tentang kecemasan post operasi • Manfaat bagi responden dan peneliti, profesi ditambahkan keperawatan <p>Bab 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paling atas dari kerangka konsep ditambahkan “pasien glaukoma” • Kata cemas ditambahkan menjadi “kecemasan pasien post operasi trabekulektomi” • Garis putus-putus pada tingkat pengetahuan dan klasifikasi kecemasan dirubah menjadi garis lurus karena merupakan aspek yang diteliti. • Anak panah pada tingkat pengetahuan dan klasifikasi cemas salah arah. <p>Bab 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pada waktu penelitian harap ditulis tanggal penelitiannya • Pada kerangka kerja sampling bukan dibawah populasi, melainkan diantaranya • Kata kerangka penetian diganti dengan kerangka kerja • Pada definisi operasional ditambahkan kata “tingkat pengetahuan pasien glaukoma” dan “kecemasan post operasi glaukoma” <p>Kuesioner :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuesioner kecemasan ditambahkan kisi-kisinya <p>Lampiran :</p> <p>Ditambahkan daftar singkatan</p>	

2.	Diyan Wahyuningsih SST, M Tr.Keb	Bab 2 : Ditambahkan persiapan operasi trabekulektomi, seperti persiapan alat, pasien, petugas, tujuan operasi	
3.	Drs. Budiono. M. Kes	Kuesioner : <ul style="list-style-type: none"> • Pada penilaian tingkat pengetahuan Kategori benar = 1 Kategori salah = 0 • Pasien yang diteliti adalah pasien post operasi di rawat inap dan di rawat jalan. 	