

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PASIEN PRE OPERATIF DI INSTALASI
BEDAH SENTRAL RSU NURHAYATI**

SKRIPSI

**RIDWAN JAMIL
NIM : 19122**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT
PROGRAM STUDI 2020 – 2021**

LEMBAR PENGESAHAN

NAMA : RIDWAN JAMIL

NIM : KHGC 19122

**JUDUL : HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERATIF DI
INSTALASI BEDAH SENTRAL RSU NURHAYATI**

SKRIPSI

Proposal ini telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penelaah Program
Studi S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada

Garut, September 2021

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Dr. H. Dian Roslan, S.Kep, M.Kes

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiyansyah, S.Kep, Ns, M.Pd

Mengetahui,

**Sekolah Tinggi Kesehatan Karsa Husada Garut
Ka. Prodi SI Keperawatan**



Iin Patimah, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PERBAIKAN SIDANG SKRIPSI

NAMA : RIDWAN JAMIL

NIM : KHGC 19122

**JUDUL : HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERATIF DI
INSTALASI BEDAH SENTRAL RSU NURHAYATI**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, September 2021

Pembimbing Utama



Dr. H. Dian Roslan H.S.Kep.M.Kes

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiyansyah, S.Kep.Ns.M.Pd

Penelaah I



H.ENGKUS KUSNADI, S.Kep.Ns.M.H.Kes

Penelaah II



TANTI SURYAWANTI, S.Kep.Ns.M.H.Kes

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertandatangan dibawah ini, menyatakan bahwa:

Nama : Renisa Fatir Rahma

NIM : KHGC 17012

Mahasiswa yang bersangkutan telah disetujui untuk melaksanakan seminar usulan penelitian dengan judul:

Literature Review: Motivasi Belajar Mahasiswa Pada Situasi Pandemi COVID-19

Demikian persetujuan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Garut, September 2021

Pembimbing Utama



Dr. H. Dian Roslan H.S.Kep.M.Kes

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiyansyah,S.Kep,Ns,M.Pd

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERATIF DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RSU NURHAYATI GARUT”**.

Laporan skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan salah satu tugas di SI Keperawatan STIKes Karsa HusadaGarut. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak,

Meskipun telah berusaha menyelesaikan skripsi ini sebaik mungkin, penulis menyadari bahwa penelitian ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca guna menyempurnakan segala kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Ahir kata, penulis berharap semoga skripsi ini berguna bagi para pembaca dan pihak pihak lain yang berkepentingan.

Garut, Agustus 2021

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL.....	v
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat Secara Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Secara Praktis.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, HIPOTESIS	
2.1 Kajian Pustaka.....	7
2.1.1 Definisi Keperawatan Preoperatif.....	7
2.1.1.1 Keperawatan Perioperatif.....	7
2.1.1.2 Persiapan Psikologis.....	13
2.1.1.3 Persiapan Fisik.....	15
2.1.2 Kecemasan.....	15

2.1.2.1 Pengertian.....	15
2.1.2.2 Gejala Kecemasan.....	16
2.1.2.3 Tingkat Kecemasan.....	16
2.2 Kerangka Konsep.....	23
2.3 Hipotesis.....	26

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian.....	27
3.1.1 Rancangan Penelitian.....	27
3.1.2 Variabel Penelitian.....	27
3.2 Pupulasi dan Sample Penelitian.....	29
3.2.1 Populasi.....	29
3.2.2 Sample.....	29
3.3 Teknik Pengumpulan data penelitian.....	30
3.3.1 Instrumen Penelitian.....	30
3.3.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	30
3.4 Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian.....	30
3.5 Uji Validasi dan Reliabilitas Instrumen Penelitian.....	33
3.6 Etika Penelitian.....	35
3.7 Langkah – Langkah Penelitian.....	36
3.8 Tempat dan Waktu Penelitian.....	36

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian.....	37
4.1.1. Analisis Univariat.....	37
4.1.2. Analisis Bivariat.....	38
4.1.2.1. Hubungan tingkat kecemasan dengan usia.....	39
4.1.2.2. Hubungan tingkat kecemasan dengan Jenis Kelamin.....	40
4.1.2.1. Hubungan tingkat kecemasan dengan Pekerjaan.....	41
4.1.2.1. Hubungan tingkat kecemasan dengan Pendidikan.....	42

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Keiimpulan.....	48
5.2. Saran.....	49
5.3. Keterbatasan Penelitian.....	49
DAFTAR PUSTAKA.....	51

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kecemasan adalah pengalaman manusia yang universal, suatu respon emosional yang tidak menyenangkan, penuh kekhawatiran, suatu rasa takut yang tak terekspresikan dan tidak terarah karena sumber ancaman atau pikiran sesuatu yang akan datang tidak jelas dan tidak teridentifikasi, (Kaplan. 2002). Dampak dari kecemasan bisa secara fisik, emosi dan perilaku yang dialami oleh pasien, biasanya ditampilkan dalam bentuk perilaku selalu bertanya-tanya pada perawat dan minta pulang paksa, minta alih rawat ke rumah sakit lain, sulit untuk mengambil keputusan dan sulit untuk bekerja sama dengan petugas. (Hasrini. 2008).

Ketika individu sakit dan mempunyai indikasi melakukan pembedahan maka perlu kesiapan emosional yang kuat terhadap segala bentuk prosedur pembedahan. Pembedahan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan dan menimbulkan stress baik fisik maupun psikologis. Salah satu respon psikologis adalah cemas. Kecemasan pre operasi merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupannya itu sendiri (Brunner & Suddarth, 2002). Kecemasan itu sendiri ditandai dengan perubahan-perubahan fisik seperti meningkatnya frekuensi nadi dan pernapasan, gerak-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab,

gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang-ulang kali, sulit tidur dan sering berkemih. 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 2 mati saat di bius, cemas bila operasi gagal, cemas masalah biaya yang membengkak. Beberapa pasien yang mengalami kecemasan berat terpaksa menunda jadwal operasi karena pasien merasa belum siap mental menghadapi operasi. Sehingga perlu mekanisme koping yang dapat membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan ini, seperti berdoa, adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, dan faktor pendukung seperti usia yang dewasa, pendidikan yang baik yang berhubungan dengan pengetahuan tentang penyakitnya, dan status ekonomi merupakan salah satu faktor yang berperan besar dalam persiapan operasi. Dimana kebutuhan uang yang cukup akan mengurangi kecemasan pasien dalam menghadapi operasi yang akan dilaksanakan (P. Rini, 2015). Menurut Gill (2018), adanya kecemasan bisa saja terjadi setelah operasi

Tindakan pembedahan sebagai salah satu upaya terapi medis, selain bertujuan untuk menyembuhkan klien, Tindakan pembedahan juga dapat menimbulkan stress, karena terdapat ancaman terhadap tubuh, integritas dan jiwa seseorang (Taryana, 2015). Walaupun tindakan pembedahan merupakan terapi medis tetapi dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari tindakan keperawatan, dalam hal ini salah satunya adalah konseling perioperatif.

Suatu penelitian menyebutkan bahwa 80% dari pasien yang akan menjalani pembedahan mengalami kecemasan (Ferlina, 2002). Carpenito, menyatakan

bahwa 90% pasien pre operatif berpotensi mengalami kecemasan (Yeremia, 2011). Dalam penelitian yang dilakukan oleh P. Rini (2012) terdapat beberapa penelitian tentang tingkat kecemasan pada pasien pre operasi, seperti penelitian yang dilakukan oleh Makmur et.al (2007), responden dalam tingkat kecemasan berat sebanyak 7 orang (17,5%), 16 orang (40%) yang memiliki tingkat kecemasan kategori sedang, 15 orang (37,5%) dalam kategori ringan dan responden yang tidak merasa cemas sebanyak 2 orang (5%) dan penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2009), RSUD Dr. Soeraji Tirta Negoro Klaten Jawa Tengah ditemukan bahwa 20 (64,5%) pasien mengalami cemas ringan dan 11 (35,5%) mengalami cemas berat. Sedikit berbeda dengan hasil yang diperoleh dengan Amaliyah (2009) RSD Penembahan Senopati Bantul Yogyakarta menemukan sekitar 23 (65,71%) pasien mengalami stress ringan. Kemudian berdasarkan penelitian Nataliza (2011), RS PKU Yogyakarta menyebutkan terdapat 30% pasien yang mengalami cemas ringan, 30% pasien yang mengalami cemas berat, dan 10% lagi dilakukan pembatalan operasi karena pasien mengalami cemas atau stress berat.

Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa preoperatif karena stress emosional di tambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (Lilis & Taylor, 2002).

RSU Nurhayati merupakan Rumah Sakit milik swasta di kabupaten Garut tipe C yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat,. RSU Nurhayati merupakan salah satu Rumah Sakit di wilayah Kabupaten Garut dan sekitarnya yang memiliki dokter spesialis bedah dan yang lainnya serta penunjang

medis yang memadai, kasus bedah yang sering ditemukan terdiri dari: *bedah umum, Orthopaedi, THT, obgyn* dengan rata-rata BOR (*Bed Occupancy Ratio*) 99-100% data pasien operasi Januari sampai dengan Desember sekitar 504 Orang. (Medical Record RSU Nurhayati, 2020).

Dari hasil studi pendahuluan melalui wawancara terhadap 10 pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dengan berbagai kasus memperlihatkan bahwa 5 responden dengan gejala Tanda-tanda vital normal atau sedikit meningkat, tremor, bergetar serta merasakan takut akan operasi yang akan dijalannya. 2 responden dengan gejala Tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal, ketika diwawancara pasien merasakan hal yang sama dengan yang lain yaitu mengalami ketakutan akan pembedahan apa saja dampaknya dan proses pembiusannya.

Perawat memegang peran penting dalam proses keperawatan perioperatif baik fase preoperaif, fase intra operatif, maupun fase postoperatif. Konseling pre operatif akan membantu mengurangi rasa cemas dan takut akibat ketidak tahuan klien dan keluarga, (Potter & Perry, 2006).

Berdasarkan penelitian Komaruddin (2011) kebutuhan utama keluarga diruang perawatan intensif adalah informasi tentang kondisi pasien. Tim perawatan perlu memfasilitasi untuk melakukan komunikasi yang aktif dengan membuat jadwal pertemuan atau menyediakan waktu kapan saja keluarga perlukan karena dengan informasi yang sulit akan meningkatkan kecemasan dan ketidakpuasan keluarga (Leske, 2002). Selain itu sikap yang penuh perhatian, empati, dan ramah saat menyampaikan informasi tersebut sangat diharapkan oleh keluarga (Neves, 2009).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan topik Pengaruh Konseling Preoperatif Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien yang akan melaksanakan tindakan operasi di RSUD Nurhayati tahun 2016.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah yang muncul dalam penelitian ini adalah apakah hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah yang muncul dalam penelitian ini adalah apakah hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran karakteristik pasien berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.
- b. Diketahui gambaran kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.
- c. Diketahui hubungan usia terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.
- d. Diketahui hubungan jenis kelamin terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

- e. Diketahui hubungan pekerjaan terhadap tingkat pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati
- f. Diketahui hubungan pendidikan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi berarti bagi pengembangan pelayanan keperawatan secara holistik.

1.4.2. Manfaat Secara Praktis

a. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi perawat pelaksana untuk lebih meningkatkan kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap keluarga pasien untuk mengurangi kecemasan pasien.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan khususnya di IBS tentang kecemasan pasien dan keluarga.

c. Bagi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi pendidikan keperawatan yaitu sebagai bahan pertimbangan tentang pentingnya membekali para peserta didik agar mampu melaksanakan penelitian selanj

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Definisi Keperawatan Preoperatif

2.1.1.1. Keperawatan Preoperatif

Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan. Kebanyakan prosedur bedah dilakukan di kamar operasi rumah sakit, meskipun beberapa prosedur yang lebih sederhana tidak memerlukan hospitalisasi dan dilakukan di klinik-klinik bedah dan unit bedah ambulatori. Individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anestesi atau pembiusan yang meliputi anestesi lokal, regional atau umum.

Sejalan dengan perkembangan teknologi yang kian maju. Prosedur tindakan pembedahan pun mengalami kemajuan yang sangat pesat. Dimana perkembangan teknologi mutakhir telah mengarahkan kita pada penggunaan prosedur bedah yang lebih kompleks dengan penggunaan teknik-teknik bedah mikro (micro surgery techniques) atau penggunaan laser, peralatan by Pass yang lebih canggih dan peralatan monitoring yang lebih sensitif. Kemajuan yang sama juga ditunjukkan dalam bidang farmasi terkait dengan penggunaan obat-obatan anestesi kerja singkat, sehingga pemulihan pasien akan berjalan lebih cepat. Kemajuan dalam bidang teknik pembedahan dan teknik anestesi tentunya harus diikuti oleh peningkatan kemampuan masing-masing personel (terkait dengan teknik dan juga komunikasi psikologis) sehingga outcome yang diharapkan dari pasien bisa tercapai.

Perubahan tidak hanya terkait dengan hal-hal tersebut diatas. Namun juga diikuti oleh perubahan pada pelayanan. Untuk pasien-pasien dengan kasus-kasus tertentu, misalnya : hernia. Pasien dapat mempersiapkan diri dengan menjalani pemeriksaan dignostik dan persiapan praoperatif lain sebelum masuk rumah sakit. Kemudian jika waktu pembedahannya telah tiba, maka pasien bisa langsung mendatangi rumah sakit untuk dilakukan prosedur pembedahan. Sehingga akan mempersingkat waktu perawatan pasien di rumah sakit.

Keperawatan preoperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu preoperative phase, intraoperative phase dan post operative phase. Masing- masing fase di mulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan. Disamping perawat kegiatan perioperatif ini juga memerlukan dukungan dari tim kesehatan lain yang berkompeten dalam perawatan pasien sehingga kepuasan pasien dapat tercapai sebagai suatu bentuk pelayanan prima.

Berikut adalah gambaran umum masing-masing tahap dalam keperawatan perioperatif

Phases of Surgery Phase Description Typical activities PRE OPERATIVE Begins with decision for surgery and ends when the patient is transferred to the operating

room; aims to prepare patient for surgery Pre operative patient teaching, skin preparation, medication administration INTRA OPERATIVE Begins when patient is laced on the operating room bed and ends when the patient transferred to the postanesthesia care unit (PACU); aims to protect the patients during surgery Surgical asepsis, minimizing traffic flow, maintaining patient safety POST OPERATIVE Begins when the patient admitted to the PACU and ends when surgery related nursing care is no longer required; aims to alleviate the patient's pain and nausea and support the patient until normal physiologic responses return Monitoring fluid intake dan output, assesing cardiac and respiratory function, meeting nutritional and activity needs, providing guidance and return to functional level. (AORN : 2016)

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anstesi yang diberikan dan pembedahan.

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

Fase pasca operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi 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. Contoh Aktivitas Keperawatan dalam Peran Perawat Perioperatif

Informasi yang diberikan pada saat pendidikan kesehatan perioperatif meliputi : prosedur pra bedah, intra bedah, dan pasca bedah, serta persiapan pasien menjelang pembedahan. Dalam pendidikan kesehatan perioperatif harus dapat menggambarkan langkah untuk setiap prosedur sehingga dapat membantu pasien dan keluarga mengetahui apa yang akan dihadapinya kelak. Prosedur pra bedah diantaranya :

a. Informed consent

Izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela dari pasien diperlukan sebelum suatu pembedahan dilakukan. Izin tertulis seperti itu melindungi pasien terhadap pembedahan yang lalai dan melindungi ahli bedah terhadap tuntutan dari suatu lembaga hukum (Brunner & Suddarth, 2002). Demi kepentingan semua pihak yang terkait, perlu mengikuti prinsip medikolegal yang baik, tanggung jawab perawat adalah untuk memastikan bahwa *informed consent* didapat sukarela dari pasien oleh dokter.

Sebelum menandatangani *informed consent* ahli bedah harus memberikan penjelasan yang jelas dan sederhana tentang apa yang akan diperlakukan pembedahan, juga harus menginformasikan pada pasien tentang alternatif-alternatif yang ada, kemungkinan resiko komplikasi, perubahan bentuk tubuh, menimbulkan kecacatan, ketidakmampuan, dan pengangkatan bagian tubuh juga tentang apa yang diperkirakan terjadi pada periode pasca operasi awal dan lanjut (Brunner & Suddarth, 2002).

b. Prosedur invasive

Operasi merupakan pengalaman traumatik baik bagi pasien ataupun keluarga. Keluarga membutuhkan persiapan yang sama seperti pada pasien, jika dokter tidak memberikan penjelasan pada keluarga tentang peralatan yang akan dipasang pada pasien, atau bagian tubuh mana yang akan dibalut, hal ini kemudian menjadi tanggung jawab perawat untuk menjelaskan pada keluarga pasien (Pillitteri, 1981(dalam Andriani (2008).

Persiapan harus dilakukan sebelum keluarga melihat pasien dan terkejut pasien dengan peralatan yang terpasang pada pasien. Karena keluarga seringkali melihatnya sebagai prosedur yang tidak menyenangkan. Oleh karena itu keluarga memerlukan penjelasan tentang peralatan yang akan dipasang serta maksud

dari pemasangan alat tersebut sehingga keluarga dapat mengerti persiapan keluarga tentang pemasangan peralatan seperti: drain, balutan, jalur intra vena, kateter atau NGT (*Naso Gastric Tube*) dapat menurunkan rasa takut keluarga karena ketidaktahuan.

c. Aktivitas pasca bedah

Keluarga dapat membantu gerakan-gerakan pasif pada extremitas pasien. Penjelasan tentang pentingnya mobilisasi dini untuk mengembalikan kondisi pasien dari pengaruh anasthesi dapat meningkatkan pengertian keluarga untuk melakukan hal tersebut. Posisi tidur yang benar setelah dioperasi perlu diketahui keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan keadaan yang membahayakan pasien. Keluarga juga dapat memotivasi pasien, terutama untuk melakukan latihan pernafasan seperti latihan napas dalam dan batuk yang efektif.

d. Premedikasi dan anasthesi

Premedikasi adalah memberikan obat sedative dan analgesic perioperatif (preanalgesik) sebelum pasien menjalani tindakan operasi. Biasanya diberikan 45-75 menit sebelum anasthesi dimulai (Brunner & Suddarth, 2002). Pemberian premedikasi dilakukan sebagai berikut:

1. Untuk mencegah sekresi jalan napas yang berlebihan.
2. Untuk mengurangi kecemasan.
3. Untuk menimbulkan sedasi dan memfasilitasi proses induksi.
4. Untuk memberikan anasthesi pada periode intra operatif.

Obat yang digunakan pada premedikasi biasanya adalah obat golongan opioid untuk pre analgesic dan sedative anxiolitik atau neuroleptik (terimeparazine atau benzodiazepine) untuk sedasi, obat anti muscarinik (atropine atau hioscine) untuk mengeringkan bronchus dan sekresi saliva, selain itu untuk

mencegah bradycardi dan hipotensi sebagai akibat dari penggunaan agen anasthesi inhalasi.

Keluarga mungkin bertanya-tanya tentang periode anasthesi dan bagaimana efek anasthesi terhadap tubuh. Untuk mengetahui hal tersebut perawat dapat memberikan penjelasan, dan keluarga yang diperlukan untuk menjelaskan perawatan post operasi. Pemberian agen anasthesi pada pasien dapat melalui empat jalur yaitu : inhalasi. Intravena, intra muscular dan rectal. Adapun jenis anasthesi yang digunakan diantaranya: nacrose umum,spinal anasthesi.

e. Persiapan intestinal

Pembersihan dengan enema atau laksatif mungkin dilakukan pada malam sebelum operasi dan mungkin diulang jika tidak efektif. Pembersihan ini adalah untuk mencegah defekasi selama anasthesi atau untuk mencegah trauma yang tidak diinginkan pada intestinal selama pembedahan abdomen. Kecuali kondisi pasien menyebabkan satu kontra indikasi, toilet atau commode tempat tidur, ketimbang menggunakan bedpan, digunakan untuk evakuasi enema. Selain itu pula mungkin diresepkan antibiotic untuk mengurangi flora usus (Brunner & Suddarth,2002).

2.1.1.2. Persiapan Psikologis

Kegiatan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis, dan memfasilitasi persiapan fisik dan psikologis selama masa pra pembedahan (Lilis & Taylor, 2007; Rothrock, 2002). Keluarga perlu diberikan kesempatan untuk mengungkapkan isi hati dan rasa takutnya terhadap tindakan operasi yang akan dilakukan terhadap pasien. Pendidikan kesehatan perioperatif merupakan fungsi penting dari perawat dari fase pra bedah yang dapat mengurangi rasa takut pasien dan keluarga.

Mengetahui apa yang tidak diketahui oleh pasien dan keluarga akan mengurangi rasa cemas dan takut sehingga dapat lebih meningkatkan kerjasama pasien, keluarga dan perawat dalam menghadapi prosedur pembedahan (Long, 2002).

Penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa preoperatif karena stress emosional di tambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (Lillis & Taylor, 2007).

Adapun tujuan perawatan pada masa ini adalah (Lillis & Taylor, 2007) :

- a. Klien siap untuk dioperasi secara fisik
- b. Klien secara emosional siap untuk dioperasi
- c. Klien mampu mendemonstrasikan cara untuk miring, batuk, nafas dalam secara benar
- d. Klien menyatakan mengerti bagaimana cara mengontrol nyeri postoperatif
- e. Klien menyatakan tindakan-tindakan yang akan dijalannya selama masa pre dan post operasi
- f. Klien mengatakan akan makan dan minum cukup untuk memenuhi kebutuhan makannya.

Untuk mencapai tujuan diatas, maka perawat melakukan (lillis & taylor, 2007) :

- a. Menegakkan data dasar dan rencana keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan klien
- b. Mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan pembelajaran pada klien dan keluarga
- c. Mengidentifikasi resiko fisik dan psikososial
- d. Melakukan tindakan untuk memaksimalkan keamanan dan kenyamanan secara fisik maupun emosional.

2.1.1.3 Persiapan Fisik

Persiapan fisik meliputi : puasa (nutrisi dan cairan), eliminasi, personal hygiene, tidur dan istirahat, medikasi, instruksi khusus dan persiapan kulit (Baradero, 2009). Persiapan fisik dimaksudkan agar pasien mampu menghadapi prosedur bedah sehingga dapat mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah.

2.1.2. Kecemasan

2.1.2.1 Pengertian

Kecemasan (*anxiety*) adalah respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Reaksi fisiologis terhadap *kecemasan (anxiety)* merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem syaraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah dan suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab. Manifestasi yang khas pada *kecemasan (anxiety)* tergantung pada masing-masing individu dan dapat meliputi menarik diri, membisu, mengumpat, mengeluh dan menangis. Respon psikologis secara umum berhubungan adanya kecemasan (*anxiety*) menghadapi anasthesi, diagnose penyakit yang belum pasti, keganasan, nyeri, ketidaktauhan tentang prosedur operasi dan sebagainya (Long, 2006).

Kecemasan bersifat kompleks dan abstrak seperti yang telah ditulis oleh Freud bertahun-tahun yang lalu. *Kecemasan (anxiety)* adalah keadaan suasana perasaan (*mood*) yang ditandai oleh gejala-gejala jasmaniah seperti ketegangan fisik dan kekhawatiran tentang masa depan (Barlow, 2002).

Karakteristik kecemasan berbeda dengan rasa takut, ketakutan memiliki obyek yang jelas dimana seseorang dapat mengidentifikasikan dan menggambarkan obyek ketakutan. Ketakutan melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam

sedangkan kecemasan merupakan penilaian emosional terhadap penilaian itu. Ketakutan diakibatkan oleh paparan fisik maupun psikologis terhadap situasi yang mengancam. Ketakutan menyebabkan kecemasan. Dua pengalaman emosi ini dibedakan dalam ucapan yaitu kita mengatakan memiliki rasa takut tetapi menjadi cemas. Inti permasalahan dalam suatu bentuk kecemasan adalah pada penjagaan diri. Kecemasan terjadi sebagai akibat adanya ancaman terhadap keberadaan diri (*selfhood*), *self-esteem* (harga diri), atau pada identitas diri. Kecemasan dapat terjadi pada orang yang takut mendapatkan hukuman, celaan, penolakan cinta, gangguan hubungan, isolasi, atau kehilangan fungsi tubuh. (Stuard, Gail W, Laraia, 2008)

2.1.2.2 Gejala Kecemasan

Gejala kecemasan meliputi fisik, emosi dan kognitif. Gejala fisik meliputi peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, susah tidur, mual dan muntah, kelelahan, telapak tangan berkeringat serta gemetar. Respon emosional meliputi rasa lelah, mudah tersinggung, merasa perlu bantuan, menangis dan depresi. Gejala kognitif meliputi ketidakmampuan berkonsentrasi, mudah lupa, tidak perhatian terhadap lingkungan (Steward dan Laraia, 2008).

2.1.2.3 Tingkat Kecemasan

Tingkat Kecemasan (Chitty, 2007). Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Mampu menghadapi situasi yang bemasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang. Perasaan relatif aman dan nyaman. Tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal. Pupil normal atau konstriksi. Pada tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

Pada kecemasan sedang, persepsi sempit dan terfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah, kesulitan dalam berkonsentrasi, membutuhkan usaha yang lebih dalam belajar. Pandangan pengalaman pada saat ini berkaitan dengan masa lalu. Mungkin mengabaikan kejadian dalam situasi tertentu; kesulitan dalam beradaptasi dan menganalisa. Tanda-tanda vital normal atau sedikit meningkat, tremor, bergetar.

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terkini dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Pembelajaran sangat terganggu; sangat kebingungan, tidak mampu berkonsentrasi. Pandangan pengalaman saat ini dikaitkan pada masa lalu. Hampir tidak mampu mengerti situasi yang dihadapi saat ini. Tanda-tanda vital meningkat, diaphoresis, ingin kencing, nafsu makan turun, pupil dilatasi, otot-otot tegang, pandangan menurun, sensasi nyeri meningkat. Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktifitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Seseorang mungkin menjadi pucat, tekanan darah menurun, hipotensi, koordinasi otot-otot lemah, nyeri, sensasi pendengaran minimal. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian (Stuard dan Sundeen, 2008).

Menurut Peplau kecemasan dapat dikomunikasikan secara interpersonal karena itu perawat harus memperhatikan dan sekaligus mengatasi kecemasan personal (Chitty,2007). Kesadaran diri juga penting untuk mencegah perawat larut dalam kecemasan klien (Steward dan Laraia,2008; Chitty, 2007)

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan berbagai instrumen. Maramis M.E (1990) menyatakan ada tes-tes kecemasan dengan pertanyaan langsung, mendengarkan cerita penderita serta mengobservasinya terutama perilaku nonverbalnya. Ini sangat berguna dalam menentukan adanya kecemasan dan untuk menetapkan tingkatnya. Skala kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Skala Semantik Differensial maupun Visual Analog dapat dilakukan (Burns&Groove, 2009). Instrumen lain yang dapat digunakan untuk mengukur skala kecemasan adalah *Hamilton anxiet Rating Scale (HARS)* yaitu mengukur aspek kognitif dan afektif yang meliputi (Hawari, 2001):

Perasaan cemas, ditandai dengan : Cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

Ketegangan yang ditandai oleh : Merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah, mudah terkejut.

Ketakutan ditandai oleh : Ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.

Gangguan tidur ditandai oleh : Sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, mimpi-mimpi, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.

Gangguan kecerdasan ditandai oleh : Sukar konsentrasi, daya ingat buruk, daya ingat menurun.

Perasaan depresi ditandai oleh : Kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah sepanjang hari.

Gejala somatik ditandai oleh : Nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tidak stabil.

Gejala Sensorik ditandai oleh : Tinitus, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.

Gejala Kardiovaskuler ditandai oleh : Takikardia, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemas seperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.

Gejala pernafasan ditandai oleh : Rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, merasa nafas pendek/ sesak, sering menarik nafas panjang.

11) Gejala Gastrointestinal ditandai oleh : Sulit menelan, mual, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum atau sesudah makan, rasa panas di perut, perut terasa kembung atau penuh, muntah, defekasi lembek, berat badan menurun, konstipasi (sukar buang air besar).

12) Gejala Urogenital ditandai oleh : Sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorrhoe, menorrhagia, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, frigiditas, ejakulasi prekok, ereksi melemah, ereksi hilang, impoten.

Gejala Otonom ditandai oleh : Mulut kering, muka merah kering, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala terasa berat, bulu - bulu berdiri.

Perilaku sewaktu wawancara, ditandai oleh : Gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Cara penilaian :

Skor 0 : Tidak ada gejala sama sekali

Skor 1 : 1 dari gejala yang ada

Skor 2 : Separuh dari gejala yang ada

Skor 3 : Lebih dari separuh gejala yang ada

Skor 4 : Semua gejala ada

Penilaian *HARS* yaitu dengan menjumlahkan nilai skor item 1 sampai dengan 14 dengan ketentuan sebagai berikut :

Skor kurang dari 6 = Tidak ada kecemasan

Skor 6 sampai dengan 14 = Kecemasan ringan

Skor 15 sampai dengan 27 = Kecemasan sedang

Skor lebih dari 27 = Kecemasan berat

Keliat, B (2002) menjelaskan empat faktor yang memiliki pengaruh terhadap respon kecemasan pada individu, faktor-faktor tersebut adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Faktor-faktor ini dijelaskan sebagai berikut :

a. Usia

Umur seseorang yang dihitung berdasarkan sejak dilahirkannya sampai dengan hari ulang tahunnya (Wirosuhardjo, 2007) . Stress/cemas yang terjadi dipengaruhi oleh tahap perkembangan, dimana stress/cemas seiring dengan penambahan usia karena pada periode tersebut terjadi peristiwa yang berbeda, dimana seseorang saat mencapai usia dewasa. Usia tersebut merupakan usia produktif dimana seseorang dapat berkesempatan melakukan hal yang ingin dilakukan, melakukan aktivitas baru dan memanfaatkan kesempatan yang baru. Adapun pada usia ini seseorang tidak mampu atau tidak dapat mewujudkan hal-hal yang diinginkan dalam waktu yang lama, secara berkesinambungan maka akan menimbulkan stress. Pada

usia lanjut cenderung mengalami stress karena proses penuaan dan stress yang disebabkan oleh lingkungan. Stress/cemas yang terjadi karena penyakit, kehilangan yang berharga, kurangnya pendapatan, memasuki masa pension dan rumah yang tidak memadai. Salah satu stress/kecemasan psikologis pada orang tua adalah pengetahuan dan kemampuan belajar dan mengerjakan tugas-tugas yang kurang dan berubah (Goliszek, 2005).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah pilihan biologis seseorang yang disesuaikan dengan konsekuensi biologis individu (Goliszek, 2005). Stress/cemas dapat menyebabkan sebagian orang menjadi tertekan karena traumatis. Di antara kaum pria dan kaum wanita terhadap stress yang sangat berbeda. Pria sering kali mengalami kekhawatiran, merasa tidak cukup dan depresi jika gagal dalam mencapai sasaran yang telah ditargetkan, dan pria pun dapat semakin putus asa ketika berpikir dirinya sudah terlalu tua untuk melakukan suatu pekerjaan.

Wanita sangatlah berbeda, sebenarnya wanita banyak pekerjaan mengalami kebahagiaan. Jarang sekali wanita mengalami kebosanan dan kesepian karena wanita justru merasa lebih berpikir positif mengenai diri dan masa depannya (Goliszek, 2005).

c. Pekerjaan

Dalam kehidupan berorganisasi dalam mencapai financial dan penghargaan dari organisasi yang bersangkutan (Wirosuhardjo, 1997: Notoatmodjo, 2003). Stress ditempat kerja karena adanya perubahan ekonomi sampai kemajuan teknologi yang pesat. Kemajuan di bidang teknologi yang sebenarnya dapat menambah waktu luang ternyata menambah tekanan untuk berbuat lebih banyak dalam waktu yang lebih singkat. Stress/kecemasan dipekerjakan karena adanya ketidakmampuan dalam memenuhi tuntutan di tempat kerja (Goliszek, 2005).

d. Pendidikan

Pendidikan adalah rangkaian sistematis yang terdiri dari pekerjaan adalah sesuatu yang biasa dilakukan oleh seseorang pembelajaran dan pengajaran yang dibuktikan dengan adanya legalitas dengan ditandai berupa ijazah (Bastable B, 2002). Memiliki tingkat dan kecerdasan yang memadai dapat digunakan untuk memecahkan masalah dalam menghadapi tekanan yang menjadi stress/cemas dalam diri seseorang. Individu dapat merespon stress/cemas secara positif karena memiliki pendidikan yang cukup. Teori stress/cemas menunjukkan bahwa individu yang toleran terhadap stress/cemas memiliki hidup yang terkendali, punya komitmen dan peka terhadap tujuan (Goliszek, 2005).

Disini peneliti mengangkat usia pekerjaan dan pendidikan, itupun hanya dijadikan karakteristik bukan suatu sub variabel yang harus diteliti, disini

peneliti hanya ingin mengetahui apakah pendidikan kesehatan perioperatif bisa memberikan efek yang baik terhadap stressor kecemasan seperti yang dikatakan Notoatmodjo (2003) bahwa untuk mengatasi tingkat kecemasan yang tersebut perlu adanya pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu.

Dengan adanya pesan tersebut maka di harapkan masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang baik. Pengetahuan tersebut akhirnya diharapkan dapat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien. Dengan kata lain adanya pendidikan tersebut diharapkan dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran yang dapat mempengaruhi terhadap mekanisme koping individu tersebut. Pendidikan kesehatan ini dapat dilakukan dengan pendidikan baik formal maupaun non formal dari pihak rumah sakit.

2.2. Kerangka Konsep

Keperawatan preoperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan, yaitu preoperative phase, intraoperative phase dan post operative phase. Masing-masing fase di mulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang

luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan. Disamping perawat kegiatan perioperatif ini juga memerlukan dukungan dari tim kesehatan lain yang berkompeten dalam perawatan pasien sehingga kepuasan pasien dapat tercapai sebagai suatu bentuk pelayanan prima.

Cemas adalah salah satu keadaan atau gejala yang dirasakan pasien dalam menghadapi pembedahan. Pasien mengalami kecemasan yang tinggi ketika pasien beresiko tinggi meninggal.

Tingkat Kecemasan (Chitty, 2007). Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Mampu menghadapi situasi yang bemasalah, dapat mengintegrasikan pengalaman masa lalu, saat ini dan yang akan datang. Perasaan relatif aman dan nyaman. Tanda-tanda vital normal, ketegangan otot minimal. Pupil normal atau konstriksi. Pada tingkat ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

Pada kecemasan sedang, persepsi sempit dan terfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah, kesulitan dalam berkonsentrasi, membutuhkan usaha yang lebih dalam belajar. Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terkini dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain.

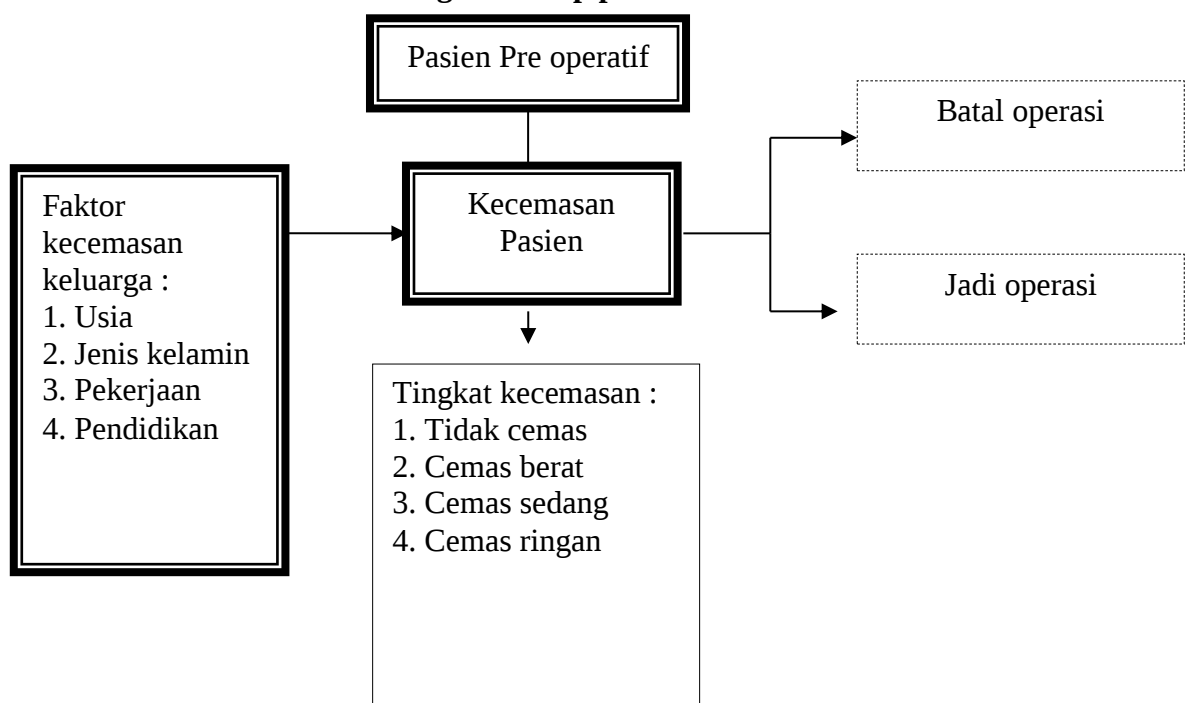
Keliat, B (2002) menjelaskan empat faktor yang memiliki pengaruh terhadap respon kecemasan pada individu, faktor-faktor tersebut adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti hanya akan menggambarkan tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati..

Secara skematis kerangka pemikiran menggambarkan tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

dapat dilihat pada bagan sebagai berikut :

Bagan 2.1

Kerangka konsep penelitian



Sumber : (Modifikasi : Chitty, 2007, Keliat, B 2002)

Keterangan :  : Variabel Yang Diteliti
 : Variabel Yang Tidak Diteliti

2.3. Hipotesis

Ha :

- a) Ada hubungan usia terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.
- b) Ada hubungan jenis kelamin terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.
- c) Ada hubungan pekerjaan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati
- d) Ada hubungan pendidikan terhadap tingkat kecemasan pasien pre operatif Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Metode penelitian *deskriptif korelasi* yaitu jenis penelitian yang bertujuan untuk menemukan ada tidaknya hubungan dan apabila ada seberapa erat hubungan tersebut, serta berarti atau tidaknya hubungan itu (Arikunto, 2002).

3.1.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *observasional* dan jenis pengolahan serta pengumpulan data dengan pendekatan *cross sectional*. Menurut Notoatmodjo (2005) bahwa penelitian *cross sectional* yaitu mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor resiko) dengan variabel efek dengan melakukan pengukuran sesaat.

Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diperiksa pada hari atau saat yang sama, akan tetapi baik faktor resiko maupun variabel efek diharapkan dapat mengetahui hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati.

3.1.2. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya (Notoatmodjo, 2002). Variabel

dalam penelitian ini terdiri atas variabel bebas (*independent*) dan variabel tergantung (*dependent*).

Variabel (*independent*) bebas adalah variabel yang bila ia berubah akan mengakibatkan perubahan variabel lain (Notoatmodjo, 2002). Variabel bebasnya yaitu faktor yang yang mempengaruhi kecemasan yaitu : usia, pendidikan, jenis kelamin dan pekerjaan. Variabel Tergantung (*dependent*) adalah variabel *dependent*, akibat, terpengaruh (Notoatmodjo, 2002). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah status kecemasan pasien.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Independen	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil	Skala
1. Usia	Umur seseorang yang terhitung berdasarkan sejak dilahirkannya sampai dengan hari ulang tahunnya	Kuisisioner	0 remaja, 1 dewasa awal, 2 dewasa akhir, 3 lansia	Nominal
2. Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah pilihan biologis seseorang yang disesuaikan dengan konsekuensi biologis individu	Kuisisioner	0 Laki – laki, 1 perempuan	Nominal
3. Pekerjaan	Dalam kehidupan berorganisasi dalam mencapai financial dan penghargaan dari organisasi yang bersangkutan	Kuisisioner	0 tidak bekerja, 1 wiraswasta, 2 petani, 3 PNS, 4 dll	Nominal
4. Pendidikan	Pendidikan adalah rangkaian sistematis yang terdiri dari pekerjaan adalah sesuatu yang biasa	Kuisisioner	0 SD, 1 SLTP, 2 SLTA, 3 PT, 4 TIDAK SEKOLAH	Ordinal

	dilakukan oleh seseorang pembelajaran dan pengajaran yang dibuktikan dengan adanya legalitas dengan ditandai berupa ijazah			
5. Kecemasan	Kecemasan (<i>ansietas</i>) adalah respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik		1. Tidak cemas, jika nilai < 6 2. Cemas ringan, jika nilai 6 – 14 3. Cemas sedang, jika nilai 15 – 27 4. Cemas berat, jika nilai > 27 <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (Hawari, 2001)	Ordinal

3.2. Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian (Arikunto, 2002).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh objek dan subjek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Aziz, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang akan melaksanakan tindakan pembedahan pada fase pro operatif.

3.2.2 Sampel

Menurut Arikunto (2006), sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang diambil sebagai sumber data dan dapat mewakili seluruh populasi. Dalam penelitian teknik pengambilan sampel yang digunakan oleh penulis adalah

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah purposive sampling, dimana sampel dipilih diantara populasi sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan (Arikunto, 2006). . Adapun pertimbangan-pertimbangan sampel tersebut diantaranya :

- 1) Pasien elektif bukan pasien cito.
- 2) Bersedia untuk menjadi responden.
- 3) Pasien yang mampu berkomunikasi.
- 4) Pasien dengan hasil swab negatif
- 5) Rentang usia remaja, dewasa dan lansia.

3.3. Teknik Pengumpulan Data Penelitian

3.3.1. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data untuk mengetahui keadaan usian, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan lembar kuisioner dan wawancara. Sedangkan untuk mengetahui status kecemasan pasien adalah dengan teknik kuisioner *HARS*.

3.3.2. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data tentang hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien ataupun kecemasan keluarga didapatkan dari responden yaitu pasien pre operatif.

3.4. Rancangan Analisis Hasil Data Penelitian

1. Proses Setelah Data Berkumpul

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari beberapa tahap diantaranya:

a) Pengkodean data (*Data Coding*)

Pengkodean data (*Data Coding*) merupakan suatu proses penyusunan secara sistematis data mentah (yang ada dalam kuesioner) kedalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data seperti komputer.

b) Pemindahan Data ke Komputer (*Data Entering*)

Data entering adalah memindahkan data yang telah diubah menjadi kode pengelola data.

c) Pembersihan Data (*Data Cleaning*)

Data cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukan kedalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya.

d) Penyajian Data (*Data Output*)

Data output adalah hasil pengolahan data

e) Penganalisaan Data (*Data Analyzing*)

Data Analyzing merupakan suatu proses lanjutan dari proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginter-prestasikan data, kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap hasil pengolahan data.

Adapun *coding* penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk keadaan usia diberikan kode 0 bila kurang dari median dan diberikan kode 1 jika lebih dari median.

2. Untuk jenis kelamin diberikan kode 0 berjenis kelamin laki - laki atau dan diberikan kode 1 berjenis kelamin perempuan.
3. Untuk pendidikan keluarga diberikan kode 0 SD, 1 SLTP, 2 SLTA, 3 PT dan 4 Tidak sekolah
4. Untuk pekerjaan diberikan kode 0 tidak bekerja, 1 wiraswasta, 2 petani, 3 PNS dan 4 lain - lain
5. Untuk kecemasan diberikan kode 0 tidak cemas, 1 cemas ringan, 2 cemas sedang, 3 cemas berat

2. Analisa Univariat

Analisa data untuk variabel *independent* yang terdiri dari empat sub variabel yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{x}{n} \times 100 \%$$

Ket : p : Prosentase.

x : Jumlah jawaban responden.

n : Jumlah nilai maksimal jawaban responden.

3. Analisa Bivariat

Analisa Bivarian dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi dengan tujuan untuk melihat hubungan antara variabel *dependent* dan variabel *independent*.

Dalam penelitian ini analisa bivariat meliputi analisa hubungan antara usia dengan kecemasan keluarga, antara jenis kelamin dengan kecemasan keluarga antara pendidikan dengan kecemasan keluarga, antara pekerjaan

dengan kecemasan keluarga. Dalam hal ini analisa data bivariat untuk masing-masing sub variabel *independent* dengan variabel *dependent* dengan menggunakan *chi square* hasil perhitungan dengan hipotesis statistik sebagai berikut :

Jika nilai $p\text{ value} < \alpha$ maka terdapat hubungan antara kedua variabel, dimana p adalah *parameter contingency coefficient* yang diuji. Kemudian H_a diterima jika $\chi^2_{\text{Hitung}} > \chi^2_{\text{tabel}}$ (Sugiyono, 2002). Harga χ^2_{tabel} diperoleh dari tabel *Chi-Square* pada $\alpha = 0,05$.

Adapun rumus *Chi-Square* menurut Sugiyono (2002) yang digunakan adalah sebagai berikut (Sugiyono, 2002).:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(f_o - f_h)^2}{f_h}$$

Ket :

χ^2 : Chi-Square

f_o : Frekuensi yang diobservasi

f_h : Frekuensi yang diharapkan.

3.5. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

1. Uji Validitas

Validitas menurut Azwar (2001) adalah ketepatan dan kecermatan skala dalam menjalankan fungsi ukurannya, artinya sejauh manakah skala itu mampu mengukur atribut yang ia rancang untuk mengukurnya.

Validitas menunjukkan sejauh mana relevansi pertanyaan terhadap apa yang ditanyakan atau apa yang ingin diukur dalam penelitian. Uji validitas

dilakukan untuk menguji ketepatan suatu item dalam pengukuran instrumennya.

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauhmana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran ini tetap konsisten (Notoatmodjo, 2005).

Uji validitas yang digunakan adalah *Construct validity* yaitu setelah instrumen dikonstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur dengan berlandaskan teori tertentu, maka selanjutnya dikonsultasikan dengan ahli. Para ahli diminta pendapatnya tentang instrumen yang telah disusun itu. Mungkin para ahli akan memberikan keputusan : Instrumen dapat dipergunakan tanpa perbaikan, ada perbaikan dan mungkin diubah total (Sugiyono, 2002).

Berdasarkan uji validitas *construct* tersebut didapatkan hasil bahwa sub variabel penilaian tentang usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dapat dipergunakan.

Selain menggunakan uji validitas *construct validity* juga digunakan uji validitas dengan menggunakan variabel penelitian yang berupa skor dikotomi yaitu bernilai 0 dan 1

2. Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat kekonsistenan pengukuran dari suatu responden ke responden yang lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan

beda interpretasi dalam pemahaman pertanyaan tersebut. Dalam penelitian ini, reliabilitas instrumen untuk mengukur tingkat kekonsistenan pengukuran dari suatu responden ke responden yang lain.

Uji reliabilitas yang digunakan untuk variabel penelitian adalah tehnik Koefisien Reliabilitas *Kuder Richardson 20*, sebagai berikut (Sugiyono, 2002):

$$KR20 = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[\frac{s_t^2 - \sum p_i q_i}{s_t^2} \right]$$

Dimana :

KR-20 = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir pertanyaan

S_t^2 = varians skor total

p_i = proporsi subjek yang mendapat Skor 1

q_i = proporsi subjek yang mendapat Skor 0 (1-p)

Sekumpulan pertanyaan untuk mengukur suatu variabel dikatakan reliabel dan berhasil mengukur variabel yang kita ukur jika koefisien reliabilitasnya lebih dari atau sama dengan 0,700.

3.6. Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti memperhatikan hak-hak responden dengan cara meyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian ini atau informasi yang diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang merugikan responden dalam bentuk apapun, dan memberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan, mempunyai hak untuk

berpartisipasi atau menolak untuk menjadi subjek penelitian. Adapun tanpa nama dan rahasia untuk menjaga kerahasiaan data-data responden.

3.7. Langkah – Langkah Penelitian

1. Tahap Persiapan Penelitian

- a. Memilih masalah dan topik penelitian
- b. Melakukan studi pendahuluan
- c. Penentuan lahan penelitian
- d. Penyusunan proposal penelitian
- e. Menghubungi dosen pembimbing
- f. Seminar proposal
- g. Menentukan dan menyusun instrumen
- h. Permohonan izin penelitian

2. Tahap Pelaksanaan

- a. Mendapatkan izin penelitian
- b. Melakukan pengumpulan data, pengolahan data, dan analisa data

3. Tahap Akhir

- a. Melakukan penyusunan laporan
- b. Melakukan penyajian hasil penelitian

3.8. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini mengambil tempat di IBS RSU Nurhayati dari Bulan Juli - Agustus 2021.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Dalam bab ini data hasil penelitian terhadap 90 responden diolah dan dianalisis untuk mengetahui Hubungan Karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati Garut.

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel disertai interpretasinya sedangkan pembahasan disajikan dalam bentuk narasi.

4.1.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi frekuensi responden pasien pre operatif di Ruang Persiapan operasi IBS RSUD Nurhayati Garut. Berikut hasil analisis univariat untuk masing-masing variabel penelitian.

Tabel 4.1
Distribusi karakteristik

Variabel		Frequency	Percent
Usia	Remaja	13	14.4
	Dewasa awal	25	27.8
	Dewasa akhir	26	28.9
	Lansia	26	28.9
	Total	90	100.0
Jenis kelamin	Laki-laki	36	40.0
	Perempuan	54	60.0
	Total	90	100.0
Pekerjaan	Tidak bekerja	10	11.1
	Wirausaha	47	52.2

	Petani	29	32.2
	PNS	1	1.1
	DLL	3	3.3
	Total	90	100.0
Pendidikan	SD	13	14.4
	SLTP	47	52.2
	SLTA	17	18.9
	PT	13	14.4
	Total	90	100.0
Tingkat kecemasan	Tidak cemas	48	53.3
	Cemas ringan	42	46.7
	Total	90	100.0

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa responden paling banyak yaitu pada lansia dan dewasa ahir dengan jenis kelamin laki-laki pekerjaan sebagai wirausaha berpendidikan setingkat SLTP dan tidak mengalami kecemasan

4.1.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi dengan tujuan untuk melihat hubungan antara variabel *dependent* dan variabel *independent*.

Dalam penelitian ini analisis bivariat meliputi analisa Hubungan Karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSU Nurhayati Garut. Berikut disajikan hasil analisis bivariat.

4.1.2.1. Hubungan tingkat kecemasan dengan usia

Tabel 4.2
Distribusi rata-rata tingkat kecemasan
Dengan usia

usia * kecemasan Crosstabulation					
		kecemasan			Total
		Tidak cemas	Cemas ringan	Cemas sedang	
Usia	Remaja	0	0	0	13
	Dewasa awal	10	10	0	25
	Dewasa akhir	17	17	0	26
	Lansia	15	15	0	26
Total		48	42	0	90

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.751 ^a	3	.001
Likelihood Ratio	21.748	3	.000
Linear-by-Linear Association	11.490	1	.001
N of Valid Cases	90		
a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.07.			

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada dewasa akhir dengan 17 responden. Sedangkan 15 responden dengan tidak mengalami kecemasan pada dewasa awal. Hasil uji Chi-Square Tests didapatkan P value = $0,001 < \alpha 5\% = 0,05$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara usia dengan tingkat kecemasan.

4.1.2.2. Hubungan tingkat kecemasan dengan jenis kelamin

Tabel 4.3
Distribusi rata-rata tingkat kecemasan
Dengan jenis kelamin

jeniskelamin * kecemasan Crosstabulation					
		Kecemasan			Total
		Tidak cemas	Cemas ringan	Cemas sedang	
Jeniskelamin	Laki-laki	26	10	0	36
	Perempuan	22	32	0	54
Total		48	42	0	90

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.601 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.383	1	.007		
Likelihood Ratio	8.828	1	.003		
Fisher's Exact Test				.005	.003
Linear-by-Linear Association	8.506	1	.004		
N of Valid Cases	90				
a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.80.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada perempuan dengan 32 responden. Hasil uji Chi-Square Tests didapatkan P value = 0,003 < α 5% = 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan.

4.1.2.3. Hubungan tingkat kecemasan dengan Pekerjaan

Tabel 4.4
Distribusi rata-rata tingkat kecemasan
dengan pekerjaan

pekerjaan * kecemasan Crosstabulation					
		kecemasan			Total
		Tidak cemas	Cemas ringan	Cemas sedang	
Pekerjaan	Tidak bekerja	10	0	0	10
	Wirausaha	21	26	0	47
	Petani	13	16	0	29
	PNS	1	0	0	1
	DLL	3	0	0	3
Total		48	42	0	90

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.507 ^a	4	.006
Likelihood Ratio	19.852	4	.001
Linear-by-Linear Association	.265	1	.607
N of Valid Cases	90		
a. 5 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .47.			

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu yang bekerja sebagai wirausaha dengan 26 responden. Hasil uji Chi-Square Tests didapatkan P value = 0,006 < α 5% = 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pekerjaan dengan tingkat kecemasan.

4.1.2.3. Hubungan tingkat kecemasan dengan pendidikan

Tabel 4.5
Distribusi rata-rata tingkat kecemasan
Dengan pendidikan

pendidikan * kecemasan Crosstabulation					
		kecemasan			Total
		Tidak cemas	Cemas ringan	Cemas sedang	
Pendidikan	SD	13	0	0	13
	SLTP	18	29	0	47
	SLTA	8	9	0	17
	PT	9	4	0	13
Total		48	42	0	90

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.233 ^a	3	.001
Likelihood Ratio	22.252	3	.000
Linear-by-Linear Association	.497	1	.481
N of Valid Cases	90		
a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.07.			

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu berpendidikan setarap SLTP dengan 29 responden. Hasil uji Chi-Square Tests didapatkan P value = $0,001 < \alpha 5\% = 0,05$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara Pendidikan dengan tingkat kecemasan.

4.2. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Juli - Agustus 2021 dan berdasarkan hasil wawancara dan observasi pada 90 responden yang dalam pelaksanaannya peneliti dibantu oleh perawat pelaksana

diruangan. Persiapan operasi IBS, ternyata didapatkan keterangan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada dewasa akhir dengan 17 responden, rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada perempuan dengan 32 responden, rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu yang bekerja sebagai wirausaha dengan 26 responden dan rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu berpendidikan setarap SLTP dengan 29 responden dengan Hasil uji Chi-Square Tests didapatkan $p \text{ value} < \alpha 0,05$ yang berarti H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan.

Kecemasan (*ansietas*) adalah respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik.

Ketika individu sakit dan mempunyai indikasi melakukan pembedahan maka perlu kesiapan emosional yang kuat terhadap segala bentuk prosedur pembedahan. Pembedahan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan dan menimbulkan stress baik fisik maupun psikologis. Salah satu respon psikologis adalah cemas. Kecemasan pre operasi merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupannya itu sendiri (Brunner & Suddarth, 2002). Kecemasan itu sendiri ditandai dengan perubahan-perubahan fisik seperti meningkatnya frekuensi nadi dan pernapasan, gerak-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang-ulang kali, sulit tidur dan sering berkemih. 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. Beberapa pasien yang mengalami kecemasan berat terpaksa menunda jadwal operasi karena pasien merasa belum siap mental menghadapi operasi. Sehingga perlu mekanisme coping yang dapat membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan ini, seperti berdoa, adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, dan faktor pendukung seperti usia yang dewasa, pendidikan yang baik yang berhubungan dengan pengetahuan tentang penyakitnya, dan status ekonomi merupakan salah satu faktor yang berperan besar dalam persiapan operasi. Dimana kebutuhan uang yang cukup akan mengurangi kecemasan pasien dalam menghadapi operasi yang akan dilaksanakan (P. Rini, 2015). Menurut Gill (2018), adanya kecemasan bisa saja terjadi setelah operasi

Disini peneliti tidak semua factor pendukung dikaji, disini peneliti hanya mengkaji factor usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Masih banyak factor – factor lain yang belum peneliti kaji seperti factor ekonomi. Peneliti hanya mengambil kutipan dari Keliat, B (2002) yang menjelaskan empat faktor yang memiliki pengaruh terhadap respon kecemasan pada individu, faktor-faktor tersebut adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan.

Faktor-faktor ini dijelaskan sebagai berikut :

a. Usia

Umur seseorang yang dihitung berdasarkan sejak dilahirkannya sampai dengan hari ulang tahunnya (Wirosuhardjo, 2007) . Stress/cemas yang terjadi dipengaruhi oleh tahap perkembangan, dimana stress/cemas seiring dengan penambahan usia karena pada periode tersebut terjadi peristiwa yang berbeda, dimana seseorang saat mencapai usia dewasa. Usia tersebut merupakan usia produktif dimana seseorang dapat berkesempatan melakukan hal yang ingin dilakukan, melakukan aktivitas baru dan memanfaatkan kesempatan yang baru. Adapun pada usia ini seseorang tidak mampu atau tidak dapat mewujudkan hal-hal yang diinginkan dalam waktu yang lama, secara berkesinambungan maka akan menimbulkan stress. Pada usia lanjut cenderung mengalami stress karena proses penuaan dan stress yang disebabkan oleh lingkungan. Stress/cemas yang terjadi karena penyakit, kehilangan yang berharga, kurangnya pendapatan, memasuki masa pension dan rumah yang tidak memadai. Salah satu stress/kecemasan psikologis pada orang tua adalah pengetahuan dan kemampuan belajar dan mengerjakan tugas-tugas yang kurang dan berubah (Goliszek, 2005).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah pilihan biologis seseorang yang disesuaikan dengan konsekuensi biologis individu (Goliszek, 2005). Stress/cemas dapat menyebabkan sebagian orang menjadi tertekan karena traumatis. Di antara kaum pria dan kaum wanita terhadap stress yang sangat berbeda. Pria sering kali mengalami kekhawatiran, merasa tidak cukup dan depresi jika gagal dalam mencapai sasaran yang telah ditargetkan, dan pria pun dapat semakin putus asa ketika berpikir dirinya sudah terlalu tua untuk melakukan suatu pekerjaan.

Wanita sangatlah berbeda, sebenarnya wanita banyak pekerjaan mengalami kebahagiaan. Jarang sekali wanita mengalami kebosanan dan kesepian karena wanita justru merasa lebih berpikir positif mengenai diri dan masa depannya (Goliszek, 2005).

e. Pekerjaan

Dalam kehidupan berorganisasi dalam mencapai financial dan penghargaan dari organisasi yang bersangkutan (Wirosuhardjo, 1997: Notoatmodjo, 2003). Stress ditempat kerja karena adanya perubahan ekonomi sampai kemajuan teknologi yang pesat. Kemajuan di bidang teknologi yang sebenarnya dapat menambah waktu luang ternyata menambah tekanan untuk berbuat lebih banyak dalam waktu yang lebih singkat. Stress/kecemasan

dipekerjakan karena adanya ketidakmampuan dalam memenuhi tuntutan di tempat kerja (Goliszek, 2005).

f. Pendidikan

Pendidikan adalah rangkaian sistematis yang terdiri dari pekerjaan adalah sesuatu yang biasa dilakukan oleh seseorang pembelajaran dan pengajaran yang dibuktikan dengan adanya legalitas dengan ditandai berupa ijazah (Bastable B, 2002). Memiliki tingkat dan kecerdasan yang memadai dapat digunakan untuk memecahkan masalah dalam menghadapi tekanan yang menjadi stress/cemas dalam diri seseorang. Individu dapat merespon stress/cemas secara positif karena memiliki pendidikan yang cukup. Teori stress/cemas menunjukkan bahwa individu yang toleran terhadap stress/cemas memiliki hidup yang terkendali, punya komitmen dan peka terhadap tujuan (Goliszek, 2005).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Penelitian ini berjudul Hubungan Karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati Garut dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Didapatkan bahwa data pasien berdasarkan usia, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral RSUD Nurhayati, sebagian besar menunjukkan responden dewasa akhir dan lansia, responden adalah perempuan, dimana responden bekerja sebagai wirasaha dan berpendidikan setingkat SLTP.
2. Sebagian besar menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kecemasan pasien adalah tidak mengalami kecemasan.
3. Didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada dewasa akhir, sedangkan responden dengan tidak mengalami kecemasan yaitu pada dewasa awal.
4. Didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu pada perempuan, maka dapat disimpulkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan.
5. Didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu yang bekerja sebagai wirasaha , maka dapat disimpulkan ada hubungan antara pekerjaan dengan tingkat kecemasan.

6. Didapatkan bahwa rata-rata kecemasan dengan cemas ringan yaitu berpendidikan setarap SLTP , maka dapat disimpulkan ada hubungan antara Pendidikan dengan tingkat kecemasan.

5.2. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian yang terdapat Hubungan Karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pasien khususnya pasien bedah supaya bisa jadi bahan untuk pengkajian awal untuk dilakukannya dindakan selanjutnya seperti konseling preoperatif.

2. Bagi Perawat

Disarankan kepada para perawat bedah khususnya diruang Persiapan operasi IBS supaya bisa menjadikan acuan data awal untuk tindakan intervensi pre operasi, dan evaluasi post operasi.

3. Bagi Peneliti Berikutnya

Diharapkan skripsi ini bisa menjadi sumber referensi bagi peneliti berikutnya dan bisa memperbaiki dari setiap kekurangan yang ada di skripsi ini sehingga dihasilkan penelitian yang lebih baik lagi.

5.3. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tentunya memiliki keterbatasan yaitu :

1. Keterbatasan pada responden, dimana dimungkinkan responden melakukan manipulasi tidakan selama dilakukan penelitian, karena

dimungkinkan untuk bertindak baik selama rentang waktu persetujuan penelitian, agar dinilai baik.

2. Keterbatasan dalam teknik pengumpulan data, dimana peneliti dibantu oleh perawat lain. Dengan teknik ini akan masih cukup besar dimungkinkan adanya subjektifitas dalam pemberian penilaian.
3. Peneliti mempunyai keterbatasan dalam jumlah variable yang diteliti, dan banyak hal lainnya seperti keterbatasan dalam responden karena keterbatasan biaya, waktu dan tenaga.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2010) *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Azwar, A. (2010) *Metode Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Bina Rupa Aksara
- Baradero, M (2009) *Prinsip dan praktik keperawatan operatif*. Jakarta: EGC
- Brunner dan Suddarth. (2010) *Buku ajar keperawatan Medikal bedah*, alih bahasa Kuncara, Y., DKK. Jakarta : EGC
- Burns, Nancy dan Grove, Susan K. (2015) *Understanding nursing research*, 2nd ed., W.B Saunders co., Philadelphia
- Chaplin, J. P.. 2016. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Chity, Kay K. (2018) *Profesional nursing, concepts and challenge*, 2nd edition W.B Saunders co., Philadelphia
- Hidayat, A.A (2019) *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Keperawatan On (2015) *Prinsip – prinsip pendidikan kesehatan*, <http://perpusui.com.html>,, diperoleh tanggal 05 Januari 2021
- Lillis, Carol; Taylor, Carol (2015) *Fundamental of nursing, the arts and science of nursing care*, 3rd ed.,J.B. Lippincott Co., Philadelphia
- Long B.C (2015) *Esentials of medical surgical nursing, A nursing process approach*. St. Louis : mosby company
- Mappiare, Andi.2014. *Pengantar Konseling Dan Psikoterapi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Notoatmodjo, S. (2014) *Pendidikan dan prilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoadmodjo, S. (2014) *Metode Penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Willis, Sofyan S.2014. *Konseling Individual Teori dan Praktek*. Bandung: Alfabeta

- Winkel, W.S.,2015. *Bimbingan dan Konseling di Intitusi Pendidikan*, Edisi Revisi. Jakarta: Gramedia
- Wiramihardja, Sutardjo A.. 2016. *Pengantar Psikologi Klinis* (Edisi Revisi). Bandung: PT Refika Aditama
- STIKes Karsa Husada (2021) *Buku panduan penulisan dan penyusunan skripsi*. Garut : STIKes Karsa Husada

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 3.1 Definisi Operasional.....	28
TABEL 4.1 Distribusi Karakteristik	37
TABEL 4.2 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Usia.....	39
TABEL 4.3 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Jenis Kelamin.....	40
TABEL 4.4 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Pekerjaan	41
TABEL 4.4 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Pendidikan	42