



**PERBEDAAN TERAPI MUROTTAL DENGAN TERAPI
MUSIK KLASIK TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI BOJONEGORO**

SKRIPSI

Oleh

Balqis Alfaya Nurwahida

NIM 192010101028

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN
PENDIDIKAN DOKTER**

JEMBER

2023



**PERBEDAAN TERAPI MUROTTAL DENGAN TERAPI
MUSIK KLASIK TERHADAP TINGKAT
KECEMASAN PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI BOJONEGORO**

SKRIPSI

disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Dokter (S1) dan mencapai gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh

Balqis Alfaya Nurwahida

NIM 192010101028

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN

UNIVERSITAS JEMBER

FAKULTAS KEDOKTERAN

PENDIDIKAN DOKTER

JEMBER

2023

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya; Ibuk Ari Istuti dan Bapak Ikhsannuddin Muh. Nur, yang saya cintai, berkat segala usaha dan kasih sayang dari Ibuk dalam membesarkan saya hingga saat ini, dan selalu mendoakan saya sehingga saya dapat bertahan sampai hari ini.
2. Suami saya; David Syahriar Hasby Yoga, yang saya cintai dan sayangi, yang selalu memberikan dukungan dan selalu menemani saya baik suka maupun duka.
3. Mertua saya; Mami Sumarsih, S.S.T. dan Papi dr. Yoga Indra Yani, yang saya sayangi, yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
4. Adik saya; Jagdish Asyamsa Nurrasyid dan Ferdy Agustino Hasby Yoga yang saya sayangi, menjadi alasan saya untuk segera pulang.
5. Kakek dan Nenek; Alm. Mbah Kung Samsiyo dan Mbah Bu Sri Mulyati, selalu mendoakan saya selama ini sehingga urusan saya dipermudah.
6. Pengasuh saya; Mak Idut, yang selalu menjadi garda terdepan semasa saya kecil.
7. Saudara; Pakde Sugeng, Om Giyanto, Tante Emi Wijayanti, Alif Desnoto Rizky, Daffa Fadli Fairuz Ardana, Nimas Ayu Maryam Majidah, Damar, menjadi alasan saya gemar bertamasya.
8. Keluarga suami saya; Tante Mega, Chealsea, Ayunda, *et.al.*
9. Seluruh guru yang telah mendidik saya sejak TK hingga kuliah.
10. Sahabat saya; Nurul Fadhilah dan Salasya Sheila Adinda, menjadi labuhan saya di Solo.
11. Bestie versi tetangga dekat saya; Shanti Khoirul Nisa, Kartika Putri Arespawati, dan Balinda Suci Permatasari, selalu mengajak main saat saya di Solo
12. Warga Perumahan AMSA Bersehati; Faiza, Tina, Farel, Zahra, Salsa, Alvet, Revy, Shabrina, Betzy, dan Izul.
13. *Four Flower*; Bela, Tsaniya, Naila.

14. Member EXO dan NCT *Dream*; menjadi *mood booster* di kala suntuk.
15. Angkatan FK UNEJ tahun 2019; COSTAE.
16. *Last but not least*, untuk saya sendiri; *makasih ya Balqis, Allah yuftah alaikum!*



MOTO

*“Qooluu hasbunal laahu wa ni’ malwakil; cukuplah Allah menjadi penolong kami
dan Allah adalah sebaik-baiknya pelindung”*

(Q.S Ali Imran: 173)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Balqis Alfaya Nurwahida

NIM : 192010101028

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Perbedaan Terapi Murottal dengan Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di Bojonegoro” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah disebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, 1 November 2023

Yang menyatakan



Balqis Alfaya Nurwahida

NIM 192010101028

SKRIPSI

**PERBEDAAN TERAPI MUROTTAL DENGAN TERAPI MUSIK KLASIK
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI BOJONEGORO**

Oleh

Balqis Alfaya Nurwahida

NIM 192010101028

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Dr. dr. Nugraha Wahyu Cahyana, Sp. M (K)

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Adelia Handoko, M. Si

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Perbedaan Efek Terapi Murottal dengan Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di Bojonegoro” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Rabu, 1 November 2023

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji,

Ketua,



dr. Kristianningrum Dian S, M.Biomed
NIP 198609062012122001

Anggota I,



dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp.KJ
NIP 1986604172019032008

Anggota II,



Dr. dr. Nugraha Wahyu Cahyana, Sp.M
NIP 196307141999031001

Anggota III,



dr. Adelia Handoko, M.Si
NIP 198901072014042001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember,



dr. Ulfa Elfiah, M.Kes., Sp.BP-RE., Subsp.LBL (K)
NIP 197702222002122001

RINGKASAN

Perbedaan Terapi Murottal dengan Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di Bojonegoro; Balqis Alfaya Nurwahida , 192010101028; 2023; 95 halaman; Program Studi Pendidikan Dokter Universitas Jember.

Katarak merupakan penyebab utama kebutaan. Penanganan untuk mengatasi katarak adalah tindakan operasi atau pembedahan dengan menggunakan anestesi lokal atau topikal. Tindakan operasi dapat menyebabkan pasien stres dan menimbulkan reaksi emosional seperti kecemasan. Kecemasan merupakan perasaan khawatir, takut yang tidak jelas yang dialami seseorang, terbagi menjadi 3 tingkatan yakni kecemasan ringan, sedang, berat. Respon tubuh saat mengalami kecemasan dapat terjadi peningkatan tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, dan sering berkemih. Kecemasan sebelum operasi harus diturunkan agar pasien tidak mengalami komplikasi baik selama maupun setelah operasi. Tatalaksana untuk menurunkan kecemasan dapat diberikan terapi farmakologi (obat-obatan) dan nonfarmakologi. Salah satu terapi nonfarmakologi untuk menurunkan kecemasan adalah dengan terapi musik. Terapi musik merupakan aktivitas yang bersifat preventif untuk membantu seseorang yang mengalami gangguan dengan menggunakan musik sebagai mediana. Terapi murottal adalah mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an, sedangkan Terapi musik klasik adalah mendengarkan musik klasik seperti karya Mozart.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik terhadap tingkat kecemasan pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo, Bojonegoro. Penelitian ini adalah penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *pre-posttest design* menggunakan jenis *nonrandom sampling* dengan metode *purposive*.

Penelitian ini dilakukan selama bulan Agustus-September 2023 dengan jumlah sampel 28 pasien, dengan masing-masing kelompok intervensi 14 sampel. Jenis data primer diperoleh dari hasil data kuesioner *State Anxiety Inventory* (S-AI), pemeriksaan fisik tekanan darah, denyut nadi, dan laju pernapasan, kuesioner *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS) dan data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien. Uji statistik yang akan digunakan adalah uji *Paired t Test* untuk uji komparasi *pre-posttest* murottal maupun musik klasik. Hasil signifikan pada variabel tingkat kecemasan, sistolik 1, sistolik 2, diastolik 2, dan laju pernapasan pada kelompok murottal, sedangkan hasil signifikan pada variabel tingkat kecemasan, sistolik 1, diastolik 1, sistolik 2, laju pernapasan pada kelompok musik klasik. Uji *Independent t Test* untuk uji komparasi antara murottal dengan musik klasik didapatkan *p-value* $>0,05$ yang artinya tidak signifikan atau tidak ada perbedaan antara murottal dan musik klasik. Saran untuk penelitian selanjutnya mengeksklusikan pasien hipertensi pada penelitian dengan variabel tekanan darah, meneliti perbedaan fungsi berkemih antara sebelum dan sesudah pemberian terapi musik.

PRAKATA

Alhamdulillah rabbil alamin, puji syukur kehadiran Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Terapi Murottal dengan Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di Bojonegoro”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan S1 Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember,

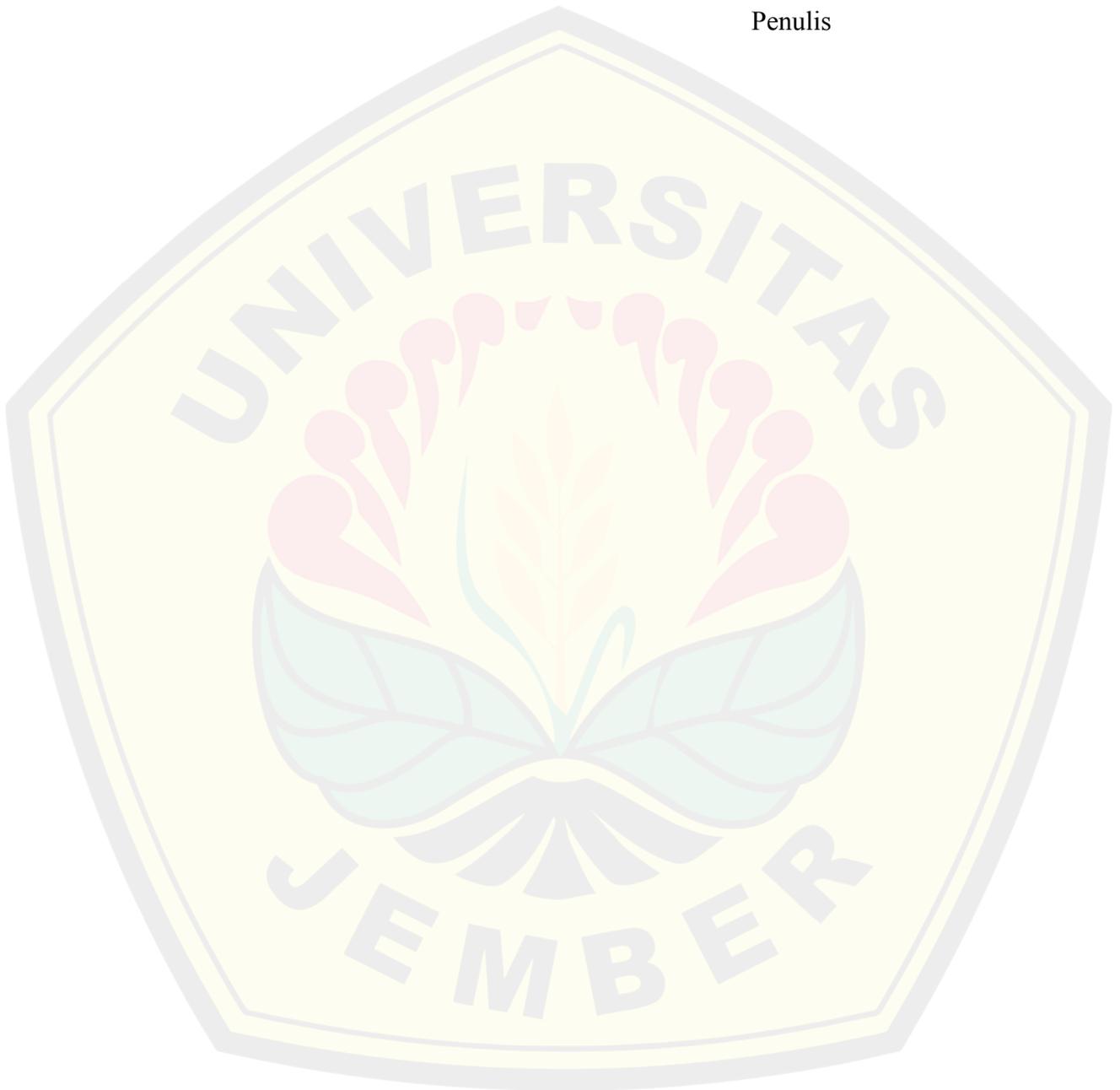
Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Ulfa Elfiah, M.Kes, Sp.BP-RE(K) selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Zahrah Febianti, M.Biomed selaku Dosen Wali/Pembimbing Akademik selama saya menjadi mahasiswa preklinik;
3. Dr. dr. Nugraha Wahyu Cahyana, Sp.M (K) selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Adelia Handoko, M.Si selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam proses penyusunan skripsi ini;
4. dr. Kristianningrum Dian Sofiana, M.Biomed selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp.KJ selaku Dosen Penguji Anggota yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
5. dr. Ratih Wulandari, M.H selaku direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo, Bojonegoro; dr. Mutia Hapsari Rachma, Sp.M dan dr. Penta Bagus Wasono, Sp.KFR selaku dokter penanggungjawab penelitian selama pengambilan sampel di Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo, Bojonegoro.
6. Keluarga besar angkatan 2019 “Costae” Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang memotivasi dalam penyelesaian skripsi ini; serta
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak sempurna, maka dari itu penulis menerima kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat.

Jember, November 2023

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Penelitian Umum	4
1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoretis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Katarak.....	6
2.1.1 Anatomi Lensa Mata.....	6
2.1.2 Epidemiologi Katarak	7
2.1.3 Etiologi dan Patofisiologi Katarak.....	7
2.1.4 Klasifikasi Katarak	8
2.1.5 Manifestasi Klinis Katarak	10
2.1.6 Diagnosis Katarak.....	10

2.1.7 Tatalaksana Katarak.....	11
2.1.8 Komplikasi Katarak.....	13
2.2 Tingkat Kecemasan.....	14
2.2.1 Faktor Risiko Kecemasan.....	15
2.2.2 Neurobiologi Kecemasan.....	16
2.2.3 Respon Tubuh Saat Mengalami Kecemasan.....	18
2.2.4 Klasifikasi Tingkat Kecemasan.....	19
2.2.5 Alat Ukur Kecemasan.....	20
2.2.6 Kecemasan Preoperasi.....	20
2.2.7 Terapi Kecemasan.....	21
2.3 Terapi Musik.....	22
2.3.1 Manfaat Musik Sebagai Terapi.....	23
2.3.2 Terapi Musik Klasik.....	23
2.3.3 Terapi Murottal.....	23
2.4 Fisiologi Pendengaran.....	24
2.5 Pemberian Terapi Musik Terhadap Tingkat Kecemasan.....	24
2.6 Kerangka Teori.....	27
2.7 Kerangka Konsep.....	29
2.8 Hipotesis.....	30
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	31
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	31
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	31
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	31
3.3.1 Kriteria Inklusi.....	31
3.3.2 Kriteria Eksklusi.....	32
3.4 Jenis dan Sumber Data Penelitian.....	33
3.5 Variabel Penelitian.....	34
3.5.1 Variabel Bebas.....	34
3.5.2 Variabel Terikat.....	34
3.6 Definisi Operasional Variabel.....	35
3.7 Instrumen Penelitian.....	39

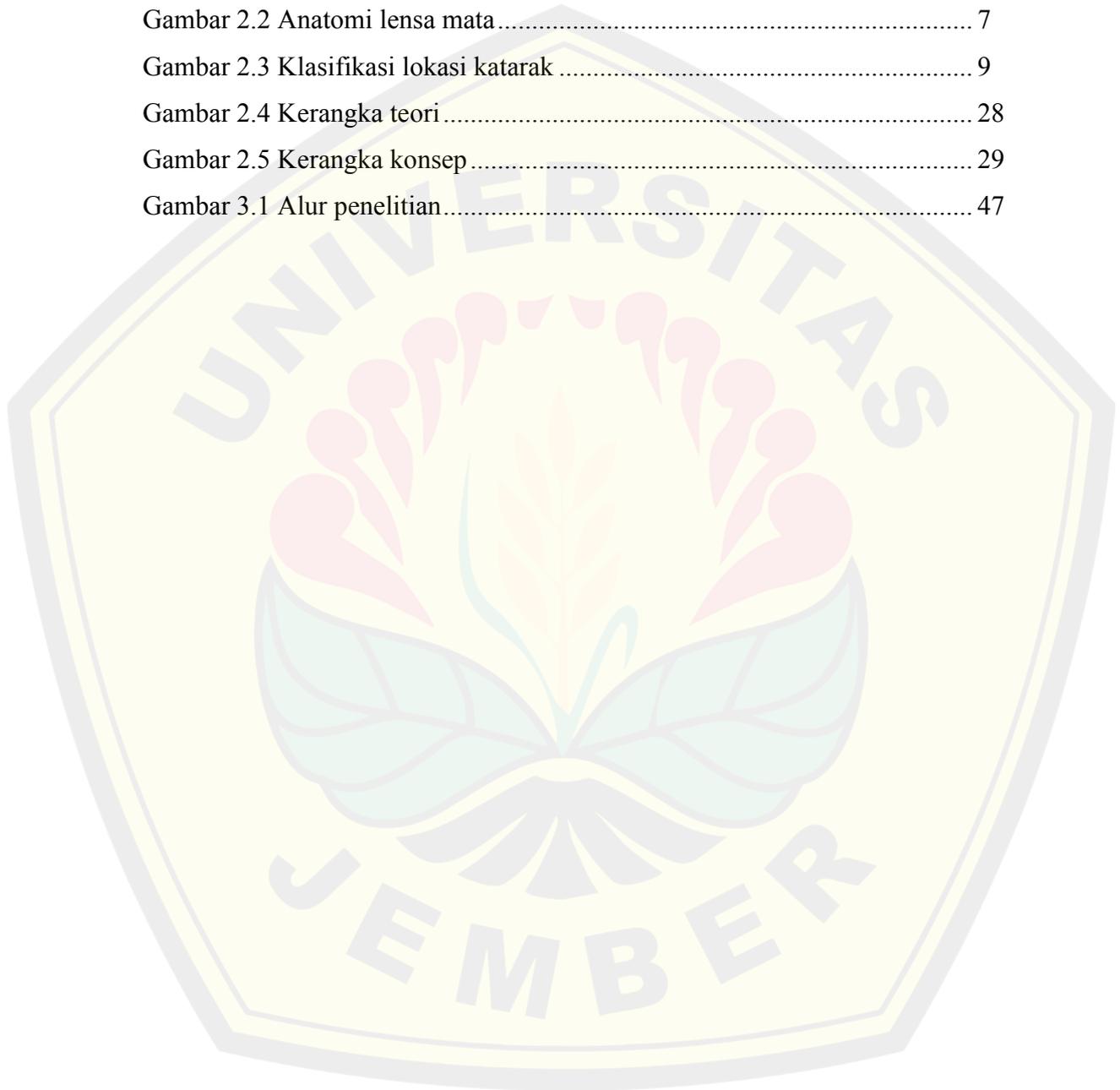
3.7.1	<i>State Anxiety Inventory (S-AI)</i>	39
3.7.2	Pemeriksaan Fisik	41
3.7.3	<i>Overactive Bladder Symtoms Score (OABSS)</i>	41
3.8	Prosedur Penelitian	42
3.8.1	Uji Kelayakan Komisi Etik Penelitian	42
3.8.2	Perizinan Penelitian	42
3.8.3	Pengambilan Data	42
3.9	Pengolahan dan Analisis Data	44
3.10	Pelaporan Hasil Penelitian	44
3.11	Teknik Penyajian dan Analisis Data	44
3.11.1	Analisis Univariat	44
3.11.2	Analisis Bivariat	44
3.12	Alur Penelitian	45
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN	48
4.1	Hasil Penelitian	48
4.1.1	Karakteristik Sampel Penelitian	48
4.1.2	Hasil Pengukuran Variabel Penelitian	51
4.2	Analisis Data	57
4.2.1	Analisis Data Komparatif Parametrik Berpasangan	57
4.2.2	Analisis Data Komparatif Parametrik Tidak Berpasangan	61
4.3	Pembahasan	63
4.3.1	Karakteristik Sampel Penelitian	63
4.3.2	Komparasi Parametrik Berpasangan dan Tidak Berpasangan Antar Variabel Penelitian	62
4.3.3	Keterbatasan	69
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN	70
5.1	Kesimpulan	70
5.2	Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	71

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel dan skala pengukuran.....	35
Tabel 3.2 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner STAI.....	40
Tabel 4.1 Karakteristik jenis kelamin terhadap jenis intervensi	49
Tabel 4.2 Karakteristik usia terhadap jenis intervensi	49
Tabel 4.3 Karakteristik agama terhadap jenis intervensi	49
Tabel 4.4 Karakteristik tingkat pendidikan terhadap jenis intervensi.....	50
Tabel 4.5 Karakteristik pekerjaan terhadap jenis intervensi	50
Tabel 4.6 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal	51
Tabel 4.7 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi musik klasik.....	52
Tabel 4.8 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik	52
Tabel 4.9 Hasil pengukuran variabel tekanan darah pemeriksaan ke-1 sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik.....	53
Tabel 4.10 Hasil pengukuran variabel tekanan darah pemeriksaan ke-2 sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik.....	54
Tabel 4.11 Hasil pengukuran variabel denyut nadi sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik	55
Tabel 4.12 Hasil pengukuran variabel laju pernapasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik	55
Tabel 4.13 Hasil pengukuran variabel fungsi berkemih kuesioner OABSS....	56
Tabel 4. 14 Analisis uji <i>Paired t Test</i> variabel penelitian sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik di RSUD Sumberrejo.....	58
Tabel 4.15 Analisis uji <i>independent T-test</i> variabel penelitian selisih nilai intervensi terapi murottal dengan terapi musik klasik di RSUD Sumberrejo Bojonegoro.....	59

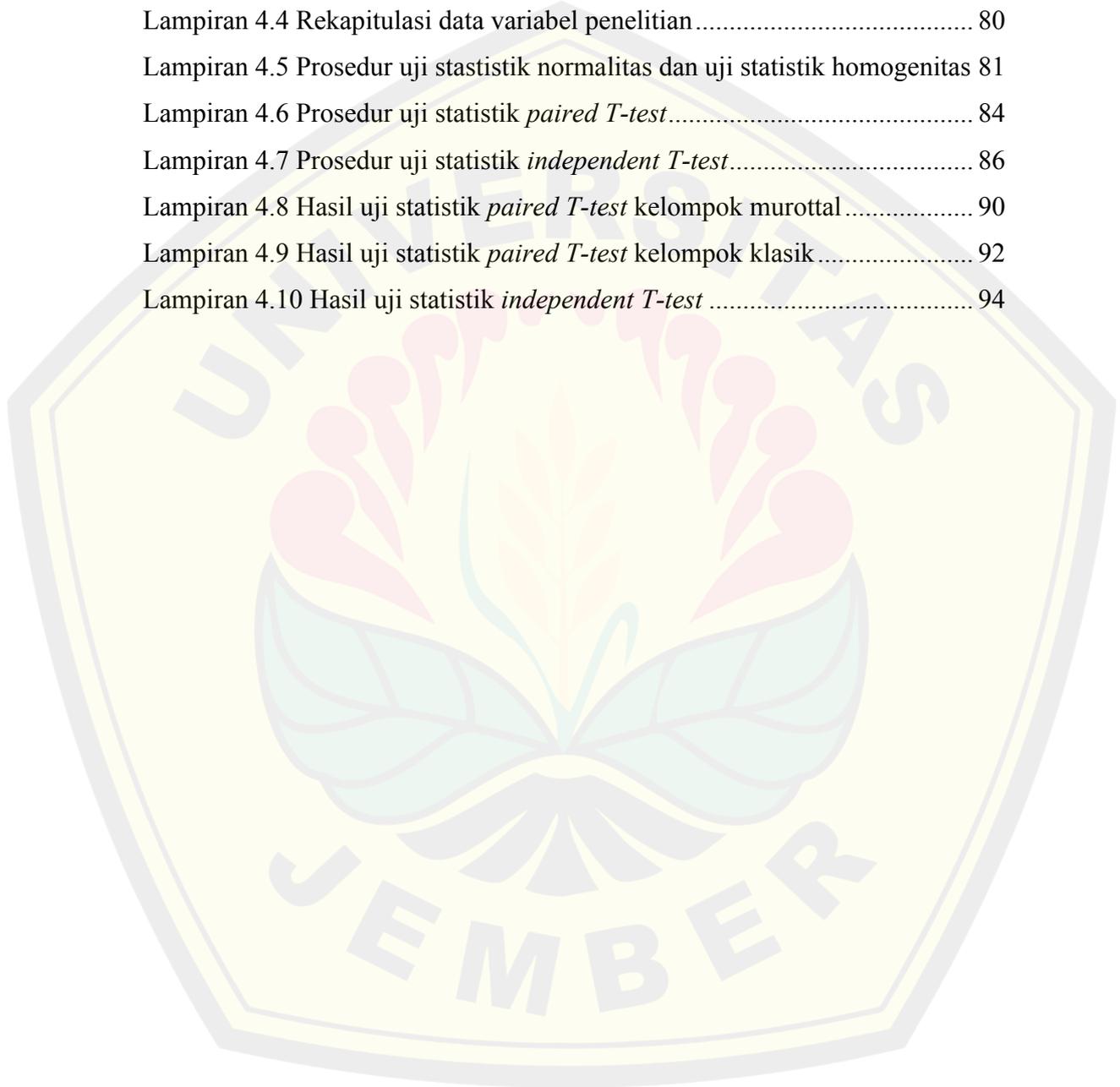
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi mata	6
Gambar 2.2 Anatomi lensa mata.....	7
Gambar 2.3 Klasifikasi lokasi katarak	9
Gambar 2.4 Kerangka teori.....	28
Gambar 2.5 Kerangka konsep.....	29
Gambar 3.1 Alur penelitian.....	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 4.1 Dokumentasi alat dan bahan.....	78
Lampiran 4.2 Dokumentasi pengambilan sampel.....	78
Lampiran 4.3 Rekapitulasi data karakteristik sampel penelitian	79
Lampiran 4.4 Rekapitulasi data variabel penelitian.....	80
Lampiran 4.5 Prosedur uji statistik normalitas dan uji statistik homogenitas	81
Lampiran 4.6 Prosedur uji statistik <i>paired T-test</i>	84
Lampiran 4.7 Prosedur uji statistik <i>independent T-test</i>	86
Lampiran 4.8 Hasil uji statistik <i>paired T-test</i> kelompok murottal.....	90
Lampiran 4.9 Hasil uji statistik <i>paired T-test</i> kelompok klasik.....	92
Lampiran 4.10 Hasil uji statistik <i>independent T-test</i>	94



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Katarak merupakan kondisi kekeruhan lensa mata yang diakibatkan adanya hidrasi (penambahan cairan), denaturasi protein atau keduanya sehingga menghalangi penglihatan, ketajaman berkurang dan gangguan sensitivitas (Gupta, Rajagopala dan Ravishankar, 2014; Sheeladevi *et al.*, 2016). Gangguan penglihatan terbanyak di dunia terdapat di negara Cina, India, Pakistan, Indonesia, dan Amerika Serikat. Di Indonesia, prevalensi kebutaan yang disebabkan karena katarak sebesar 77,7%. Hal ini selaras dengan prevalensi di dunia yang menyatakan bahwa penyebab kebutaan paling banyak adalah katarak dengan prevalensi sebesar 34,47%, diikuti dengan gangguan refraksi yang tidak terkoreksi sebesar 20,26%, dan glaukoma sebesar 8,30% (Kemenkes, 2018). Kebutuhan akibat katarak sering dijumpai pada populasi dengan status ekonomi rendah dan lebih banyak di negara berkembang dibandingkan di negara maju (Lam *et al.*, 2015).

Penanganan yang efektif untuk mengatasi katarak adalah tindakan operasi atau pembedahan yang bertujuan untuk meningkatkan penglihatan dan kualitas hidup (Lam *et al.*, 2015; Davis, 2016). Tindakan operasi merupakan tindakan lanjutan berupa penanganan invasif dengan cara membuat sayatan pada bagian tubuh sehingga akan terbuka dan dilakukan penutupan luka di akhir dengan cara dijahit (Murdiman *et al.*, 2019). Hal tersebut dapat menyebabkan pasien stres dan menimbulkan reaksi emosional, salah satunya adalah kecemasan. Kecemasan memiliki klasifikasi tingkatan berupa kecemasan ringan, sedang, berat (Sahidin, 2021). Kecemasan yang dialami pasien dapat mengakibatkan tubuh mengalami adanya peningkatan tekanan darah dan gangguan fungsi berkemih (Lai *et al.*, 2016; Iqbal, 2021; Saddleback, 2021; Syafira, Suryani dan Utami, 2023).

Hasil penelitian mengenai prevalensi pasien preoperasi katarak di Jember menunjukkan tingkat kecemasan terbanyak terdapat pada tingkat kecemasan sedang (62,1%), diikuti dengan tingkat kecemasan ringan (22,1%), dan tingkat kecemasan berat (15,8%). Responden yang baru pertama kali operasi, sebagian mengalami kecemasan yang lebih berat (Havivah, 2019). Tindakan operasi katarak

dilakukan dengan pemberian anestesi lokal sehingga pasien tetap sadar dan terjaga (Cahyana, 2022). Selama operasi berlangsung, tenaga medis perlu mengidentifikasi faktor untuk mengurangi ketidaknyamanan dan mencegah pergerakan pasien. Pasien yang bergerak selama operasi dapat mengganggu dan mengakibatkan komplikasi intraoperatif lebih lanjut, meliputi pendangkalan kamera okuli anterior, *posterior capsul rupture*, *nucleus drop* (Budiman, Maxilian dan Sitompul, 2013; Astari, 2018; Dahshan, Kuzbel dan Verma, 2021). Pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan perlu dilakukan pendekatan untuk mengurangi kecemasan dengan atau tanpa pemberian farmakologi.

Tatalaksana untuk menurunkan kecemasan dapat dilakukan dengan cara memberikan baik terapi farmakologi maupun terapi nonfarmakologi (Moekroni dan Analia., 2016). Terapi farmakologi artinya memberikan obat-obatan untuk menurunkan kecemasan berupa ansiolitik. Selama ini, dokter akan memberikan terapi farmakologi berupa benzodiazepine dan hipnotik sedatif. Pemberian obat ansiolitik dalam jangka panjang dapat menyebabkan kecanduan fisik dan psikis (Perrotta, 2019; Sutardi, 2021). Untuk terapi nonfarmakologi dalam menurunkan kecemasan dapat berupa relaksasi, hipnoterapi, imajinasi, dan teknik distraksi. Teknik distraksi adalah fokus perhatian yang dialihkan ke stimulus lain. Salah satu contoh teknik distraksi yang dinilai cukup efektif dan mudah dilakukan ialah dengan mendengarkan musik atau dikenal sebagai terapi musik (Moekroni dan Analia., 2016; Liu *et al.*, 2022).

Terapi musik merupakan aktivitas yang terencana dan bersifat preventif untuk membantu seseorang yang mengalami gangguan dengan menggunakan musik sebagai mediana. Manfaat pemberian musik dapat menurunkan frekuensi denyut jantung, kecemasan, depresi dan tekanan darah (Kustiningsih, 2020). Durasi pemberian terapi musik memberikan efek yang bervariasi. Pemberian selama 10-15 menit memberikan efek relaksasi, pemberian selama 15-20 menit memberikan efek stimulasi, dan pemberian selama 30 menit dapat memberikan efek terapi. Agar mendapatkan efek terapeutik durasi pemberian musik minimal 15 menit (Hayati, 2017). Jenis terapi musik juga bervariasi, seperti musik klasik, terapi murottal, tradisional, akapela (Moekroni dan Analia., 2016; Dahshan,

Kuzbel dan Verma, 2021). Irama terapi murottal mampu membuat suasana menjadi menyenangkan, dapat menstimulasi sistem saraf yang berkaitan dengan proses stress, emosional, dan interaksi sosial (Rahmayati dan Handayani, 2017; Padila *et al.*, 2020). Nada musik klasik mampu menstimulasi sistem saraf otak dan memberikan efek mengalihkan perhatian, kenyamanan, ketenangan, melepaskan rasa sakit dan ketegangan (Moekroni dan Analia., 2016; Suharyanto, 2017).

Terapi spiritual dapat berupa murottal Al-Qur'an. Hasil penelitian pengaruh terapi murottal Al-Qur'an pada kecemasan pasien preoperasi katarak menunjukkan tingkat kecemasan pada kelompok eksperimen setelah diberi terapi menurun secara signifikan (Huda, 2017). Hasil penelitian pengaruh terapi musik klasik pada kecemasan pasien operasi dengan anestesi lokal menunjukkan kecemasan pasien menurun saat diberikan musik berdurasi 20 menit (Deivasigamani *et al.*, 2020). Hasil penelitian perbedaan pemberian terapi musik klasik dan terapi murottal untuk menurunkan kecemasan pasien preoperasi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dan terapi murottal lebih efektif daripada musik klasik (Suwanto, Ahmad Hasan Basri, 2016). Penelitian yang meneliti mengenai perbedaan pemberian terapi musik klasik dengan terapi murottal pada kecemasan pasien preoperasi katarak belum dilakukan. Perlu penelitian lebih lanjut untuk mengetahui perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik dan terapi murottal pada pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah berdasarkan latar belakang pada penelitian ini yaitu “Apakah terdapat perbedaan antara tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak antara pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Penelitian Umum

Untuk mengetahui perbedaan antara pemberian terapi murottal dan terapi musik klasik terhadap tingkat kecemasan pada pasien preoperasi katarak.

1.3.2 Tujuan Penelitian Khusus

- a. Mengetahui karakteristik pasien preoperasi katarak (usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan).
- b. Mengetahui tingkat kecemasan sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal maupun terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini dibuat dengan harapan dapat memberikan manfaat, antara lain:

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah rujukan keilmuan pada bidang kesehatan khususnya bidang kesehatan mata mengenai efektivitas terapi musik terhadap kecemasan pasien preoperasi katarak.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Menambah wawasan peneliti mengenai penelitian eksperimental dalam bidang kesehatan khususnya mengenai katarak, kecemasan, dan terapi musik.

b. Bagi Klinisi

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam opsi menurunkan kecemasan pasien preoperasi katarak dengan memberikan terapi musik.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Menambah bahan kepustakaan institusi dalam memfasilitasi munculnya penelitian baru.

d. Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat bahwasanya terapi musik dapat dijadikan opsi dalam menurunkan kecemasan.



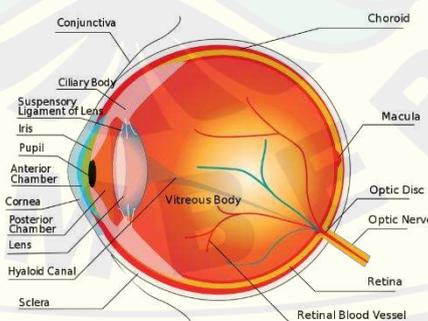
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Katarak

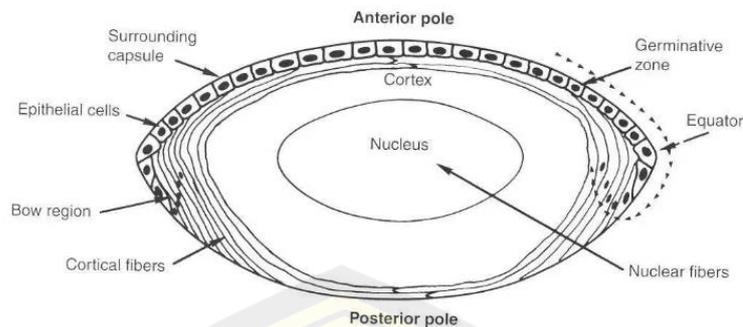
Katarak adalah kondisi kelainan pada lensa mata yang dapat menghalangi proses masuknya cahaya sehingga menyebabkan berkurangnya ketajaman visual dan gangguan sensitivitas kontras (Sheeladevi *et al.*, 2016). Normalnya, lensa mata berbentuk bikonveks, avaskular, dan transparan (Astari, 2018). Hilangnya transparansi lensa mata dapat berupa kekeruhan, penglihatan akan menjadi berkabut, paling parah menyebabkan kebutaan (Cahyana, 2022). Kekeruhan yang muncul pada lensa mata dapat terjadi karena adanya hidrasi berupa penumpukan cairan sehingga terjadi ketidakseimbangan antara elektrolit dan air, denaturasi protein, atau gabungan dari keduanya (Gupta, Rajagopala dan Ravishankar, 2014).

2.1.1 Anatomi Lensa Mata

Anatomi mata terbagi menjadi tiga bagian meliputi bagian depan, tengah, dan belakang. Secara anatomi, lensa mata berada pada bagian tengah, terletak di dalam bola mata, memiliki bentuk bikonveks, transparan, avaskular yang terletak di belakang iris dan di depan rongga vitreus, dengan ditopang oleh *Zonula Zinii* yang melekat pada badan siliaris. Anatomi lensa mata dapat dilihat pada Gambar 2.1 (Lam *et al.*, 2015). Lensa berfungsi untuk membiaskan cahaya dan memfokuskan gambar ke retina. Lensa memiliki beberapa bagian meliputi kapsul, epitel, korteks, dan nukleus dapat dilihat pada Gambar 2.2 (Astari, 2018).



Gambar 2.1 Anatomi mata (Sumber: Hariadhi, 2017)



Gambar 2.2 Anatomi lensa mata (Sumber: Amalius Ahmad Ashraf, 2017)

2.1.2 Epidemiologi Katarak

Prevalensi gangguan penglihatan dan kebutaan global pada tahun 2015 diperkirakan terdapat sekitar 253 juta dari 7,33 triliun penduduk di dunia. Terdapat lima negara dengan prevalensi gangguan penglihatan terbesar antara lain, Afghanistan (9,09%), Nepal (8,17%), Laos (7,71%), Eritrea (7,66%), dan Pakistan (7,54%). Prevalensi jumlah penduduk yang mengalami gangguan penglihatan terbanyak terdapat pada lima negara yakni Cina, India, Pakistan, Indonesia, dan Amerika Serikat (Kemenkes, 2018).

Penyebab kebutaan terbanyak di dunia adalah katarak sebesar 34,47%, gangguan refraksi tidak terkoreksi sebesar 20,26%, dan glaukoma sebesar 8,3%. Di Indonesia, prevalensi kebutaan akibat katarak sebesar 77,7%. Berdasarkan hasil survei *Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB)* tahun 2014-2016 didapatkan pada 15 provinsi di Indonesia, prevalensi penduduk usia 50 tahun ke atas yang mengalami kebutaan sebesar 3%, sedangkan prevalensi penduduk usia 50 tahun ke atas yang mengalami kebutaan akibat katarak sebesar 1,9% (Kemenkes, 2018). Prevalensi katarak di Jember sering dijumpai pada usia mulai dari 40 tahun sampai dengan di atas 65 tahun (Havivah, 2019). Kebutuhan akibat katarak lebih sering dijumpai pada populasi dengan status ekonomi rendah dan lebih banyak di negara berkembang dibandingkan negara maju (Lam *et al.*, 2015).

2.1.3 Etiologi dan Patofisiologi Katarak

Katarak adalah gangguan kekeruhan lensa mata. Kekeruhan lensa dapat terjadi akibat adanya gangguan keseimbangan antara air dan elektrolit. Gangguan

tersebut dapat berupa perubahan homeostasis lenticular Ca^{2+} yang menyebabkan turunnya konsentrasi glutathion (GSH), ATP, kalium, meningkatnya konsentrasi kalsium, natrium, NADP/NADPH dan dsDNA pecah, serta peningkatan hidrasi lensa (Selvaraj et al., 2013; Cahyana, 2022). Kekeruhan lensa juga dapat disebabkan oleh denaturasi protein yang ditandai dengan adanya agregasi protein. Proses ini diawali dengan stres oksidatif yang kemudian dapat menyebabkan stres pada retikulum endoplasma di sel epitel lensa yang mengakibatkan fluktuasi indeks refraksi lensa, pemendaran cahaya, dan mengurangi kerjehen lensa (Elanchezhian et al., 2012; Cahyana, 2022).

2.1.4 Klasifikasi Katarak

Klasifikasi katarak berdasarkan usia (Astari, 2018):

a. Katarak kongenital

Katarak kongenital terjadi pada usia <1 tahun yang biasanya disebabkan karena faktor keturunan. Sepertiga kasus yang berhubungan dengan penyakit sistemik dan kasus lainnya masih belum diketahui.

b. Katarak senilis

Katarak senilis disebabkan karena lensa mengalami kekeruhan, penebalan, dan daya akomodasi yang menurun akibat proses degeneratif. Proses ini dapat dialami seseorang pada usia 1-20 tahun (*juvenile*), 20-50 tahun (*pre senile*), >50 tahun (*senile*).

Klasifikasi katarak berdasarkan lokasi kekeruhannya (Astari, 2018):

a. Katarak nuklearis

Katarak nuklearis ditandai dengan kekeruhan lensa dimulai dari sentral kemudian menyebar secara perlahan menuju perifer yang dapat menyebabkan perubahan warna lensa yang normalnya transparan menjadi kuning atau coklat, dapat dilihat pada Gambar 2.3. Pemeriksaan untuk menilai derajat kekeruhan lensa dapat menggunakan *slit lamp*.

b. Katarak subkapsuler

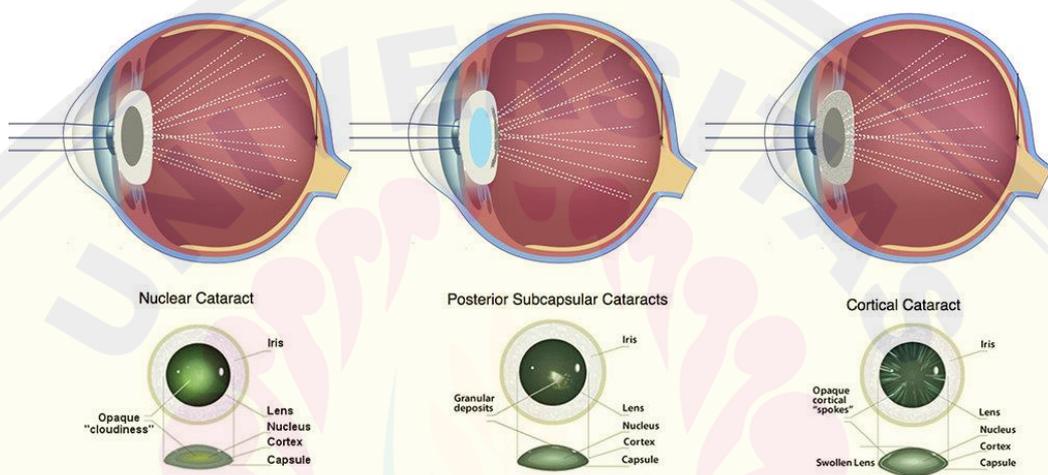
Katarak subkapsuler ditandai dengan kekeruhan seperti plak dapat dilihat pada Gambar 2.3. Seseorang akan mengalami gejala berupa silau saat melihat,

penglihatan buruk saat berada di tempat yang terang, dan penglihatan jarak dekat akan lebih terganggu dibandingkan dengan penglihatan jarak jauh. Katarak ini dapat terjadi pada subkapsuler anterior maupun posterior.

c. Katarak kortikal

Katarak kortikal berkaitan dengan adanya proses oksidasi dan presipitasi protein yang terjadi pada sel serat lensa yang menyebabkan munculnya gejala silau saat mata mengarah ke sumber cahaya, dapat dilihat pada Gambar 2.3.

Types of Cataracts



Gambar 2.3 Klasifikasi lokasi katarak (Sumber: Handayani *et al.*, 2019)

Klasifikasi katarak berdasarkan maturitas korteks atau tebal tipisnya kekeruhan lensa (Astari, 2018):

a. Katarak insipien/iminens

Katarak insipien tidak menimbulkan gejala gangguan tajam penglihatan. Ditandai dengan kekeruhan lensa yang masih ringan, visus biasanya $>6/60$. Hasil pemeriksaan didapatkan iris, bilik mata, dan sudut bilik mata dalam batas normal, serta *shadow test* negatif.

b. Katarak imatur/intumesen

Katarak imatur merupakan kelanjutan dari insipien, namun kekeruhan belum mengenai seluruh lensa. Opasitas lensa akan bertambah dan mulai terjadi penurunan visus $5/60$ sampai $1/60$. Hasil pemeriksaan ditemukan iris dan bilik mata depan menjadi dangkal, sudut bilik mata sempit, dan *shadow test* positif.

c. Katarak matur

Katarak matur artinya kekeruhan sudah mengenai seluruh lensa. Warna lensa didominasi putih keabu-abuan, penurunan drastis pada visus menjadi 1/300 yang akhirnya hanya bisa melihat lambaian tangan pada jarak 1 meter atau melihat persepsi cahaya. Hasil pemeriksaan *shadow test* negatif.

d. Katarak hiper matur

Katarak hiper matur merupakan tahap akhir dari stadium katarak. Pada stadium ini, korteks mengalami pencairan dan tenggelamnya nukleus yang disebut dengan Morgagni. Gejala lainnya, lensa yang terus mengalami kehilangan cairan akan keriput disebut dengan Shrunken. Hasil pemeriksaan akan didapatkan iris tremulans, bilik mata depan dalam, sudut bilik mata terbuka, dan *shadow test* positif palsu.

2.1.5 Manifestasi Klinis Katarak

Gejala yang paling sering dijumpai saat melakukan anamnesis dalam kasus katarak, antara lain:

- a. Ketajaman penglihatan menurun secara perlahan sampai mengalami pandangan kabur atau berkabut yang berlangsung lama
- b. Warna terang terlihat memudar biasanya cenderung berwarna kuning
- c. Silau ketika melihat lampu dan sinar matahari (mata menjadi lebih sensitif).
Halo eye mungkin tampak di sekitar lampu
- d. Penglihatan malam memburuk
- e. Penglihatan ganda (gejala mungkin hilang saat katarak semakin besar)
- f. Sering mengoreksi mata, baik kacamata maupun kontak lensa
- g. Kacamata sudah tidak mampu mengoreksi tajam penglihatan.

2.1.6 Diagnosis Katarak

Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menentukan diagnosis katarak, antara lain (*National Eye Institute, 2015; Astari, 2018*):

a. Tajam penglihatan

Tajam penglihatan digunakan untuk mengukur penglihatan dari berbagai jarak. Hasil pemeriksaan didapatkan tajam penglihatan menurun, bervariasi tergantung lokasi dan tingkat maturitas dari katarak yang diderita.

b. Segmen anterior

Pemeriksaan fisik pada segmen anterior menggunakan senter, ditemukan adanya kekeruhan lensa. Pada katarak stadium matur didapatkan hasil pemeriksaan berupa pupil berwarna putih yang disebut dengan leukokoria.

c. Tes iris *shadow*

Pemeriksaan fisik ini untuk melihat bayangan iris pada lensa mata. Hasil pemeriksaan positif ditemukan pada katarak yang belum matur/imatur, sedangkan iris *shadow* negatif ditemukan pada katarak yang matur.

d. Refleks fundus

Pemeriksaan ini menggunakan oftalmoskopi dengan pupil dilatasi. Hasil pemeriksaan didapatkan warna jingga hingga gelap. Pada katarak matur refleks fundus negatif.

e. *Slit lamp*

Pemeriksaan ini menggunakan *slit lamp* bertujuan untuk menilai luas, tebal, dan lokasi kekeruhan.

f. Tonometri

Tonometri merupakan alat yang digunakan untuk mengukur tekanan intraokular. Selama pemeriksaan akan diberikan tetes mata berupa anestesi topikal kerja cepat, seperti tetracaine hidroklorida 0,5%.

2.1.7 Tatalaksana Katarak

Tatalaksana definitif untuk menganani katarak adalah tindakan pembedahan atau operasi. Tindakan ini dilakukan dengan cara mengangkat lensa dan menggantikannya dengan *intraocular lens* (IOL) secara permanen (Lam *et al.*, 2015). Tujuan tindakan operasi katarak adalah untuk mengoptimalkan penglihatan dan meningkatkan kualitas hidup (Cahyana, 2022). Indikasi dilakukannya tindakan

ini tidak tergantung pada derajat tajam penglihatan, namun dipertimbangkan berdasarkan penurunan penglihatan yang mengganggu aktivitas dari pasien katarak (Astari, 2018). Seiring berjalannya waktu, tindakan operasi katarak dapat dilakukan dengan beberapa jenis tindakan, meliputi *Intracapsular Cataract Extraction* (ICCE), *Extracapsular Cataract Extraction* (ECCE), *Small Incision Cataract Surgery* (SICS), *Phacoemulsification* (Cahyana, 2022).

a. *Intracapsular Cataract Extraction* (ICCE)

Intracapsular Cataract Extraction (ICCE) atau Ekstraksi Katarak Intrakapsuler (EKIK) merupakan tindakan operasi katarak dengan mengeluarkan massa lensa, korteks, dan kapsul secara keseluruhan. Jenis ini diindikasikan pada kasus subluksasi lensa dan lensa yang sangat padat. Kontraindikasi absolut atau tidak diperbolehkan menggunakan jenis ini yaitu pada kasus katarak anak-anak, dewasa muda, dan ruptur kapsul traumatik. Kontraindikasi relatif atau tidak disarankan menggunakan jenis ini yakni pada kasus miopi tinggi, katarak Morgagni, sindrom Marfan, dan kamera okuli anterior dengan vitreus. Tindakan jenis ini sudah jarang dilakukan dikarenakan penyembuhan butuh waktu lama, dan dapat menimbulkan astigmatisma, ablasio retina, *cystoid macular edema* (CME) (Astari, 2018).

b. *Extracapsular Cataract Extraction* (ECCE)

Extracapsular Cataract Extraction (ECCE) atau Ekstraksi Katarak Ekstrakapsuler (EKEK) merupakan tindakan operasi katarak dengan merobek kapsul anterior kemudian mengeluarkan nukleus dan korteks lensa. Tindakan jenis ini memiliki beberapa kelebihan seperti, trauma irisan yang kecil (10 mm), penyembuhan luka cepat, namun dapat menimbulkan astigmatisma kecil (Budiman, Maxilian dan Sitompul, 2013; Astari, 2018).

c. *Small Incision Cataract Surgery* (SICS)

Small Incision Cataract Surgery (SICS) merupakan tindakan operasi katarak menggunakan anestesi topikal dan mengeluarkan nukleus lensa dengan insisi yang sangat kecil yaitu 7 mm dan hampir tidak perlu untuk dijahit. Tindakan ini sering dilakukan di negara berkembang. Indikasi penggunaan teknik SICS adalah katarak subkapsuler posterior, katarak kortikal yang masih awal, dan

sklerosis nukleus derajat II dan III. (Budiman, Maxilian dan Sitompul, 2013; Astari, 2018).

d. *Phacoemulsification*

Phacoemulsification merupakan tindakan operasi katarak dengan memecahkan inti nukleus lensa pada kapsul dan membersihkan sisa massa lensa dengan irigasi dan aspirasi menggunakan alat *tip* ultrasonik. Tindakan ini merupakan tindakan yang paling sering dilakukan di negara-negara maju (Astari, 2018).

2.1.8 Komplikasi Katarak

Untuk menghindari terjadinya komplikasi operasi katarak yang dapat terjadi selama operasi maupun setelah operasi, diperlukan pemeriksaan periodik pasca operasi guna mendeteksi adanya komplikasi operasi.

Komplikasi selama operasi katarak (Astari, 2018):

a. Kamera okuli anterior mengalami pendangkalan

Pendangkalan kamera okuli anterior (KOA) terjadi disebabkan oleh tidak tercukupinya cairan yang masuk ke KOA, terlalu besarnya insisi sehingga terjadi kebocoran, tekanan dari luar bola mata, tekanan vitreus positif, efusi suprakoroid atau perdarahan suprakoroid. Penanganan pertama yang harus dilakukan ialah pengurangan aspirasi, meninggikan botol infus, dan observasi insisi. Insisi yang terlampau besar, dilakukan penjahitan bila diperlukan. Penurunan tekanan dari luar bola mata dapat dilakukan dengan cara mengatur kembali spekulum pada kelopak mata. Dalam meninjau tekanan vitreus dilakukan observasi apakah pasien penderita PPOK, cemas, obesitas, *bull-necked*, atau melakukan manuver valsava.

b. *Posterior Capsule Rupture* (PCR)

Posterior Capsule Rupture (PCR) merupakan komplikasi yang sering terjadi. Faktor risiko terjadinya PCR meliputi KOA mengalami pendangkalan, miosis, zonulopati. Penanganan saat terjadi PCR adalah melakukan vitrektomi anterior dengan tujuan mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Chen *et al.*, 2014).

c. *Nucleus drop*

Nucleus drop merupakan kondisi jatuhnya bagian atau seluruh dari nukleus lensa ke dalam rongga vitreus. Beberapa faktor risiko terjadinya *nucleus drop* adalah katarak polar posterior, katarak yang keras, riwayat vitrektomi mata, dan miopi tinggi.

Komplikasi setelah operasi katarak (Budiman, Maxilian dan Sitompul, 2013; Astari, 2018):

a. Perdarahan

Perdarahan pasca operasi katarak dapat terjadi di beberapa lokasi meliputi perdarahan atau efusi suprakoroid, perdarahan retrobulbar, dan hifema.

b. Komplikasi kornea

Komplikasi ini sering terjadi pada pasien yang baru pertama kali menjalani operasi katarak. Komplikasi pada kornea dapat berupa edema, *striate keratopathy*, *recurrent epithelial erosions*.

c. Uveitis kronik

Uveitis merupakan inflamasi yang terjadi pada uvea atau lapisan tengah mata. Pada kondisi normal, inflamasi pasca operasi katarak akan hilang dalam 3 hingga 4 minggu dengan memakai steroid topikal. Pada kasus uveitis kronik, inflamasi akan menetap selama lebih dari 1 bulan, dan ditemukan adanya keratik presipitas granulomatosa dan kadang-kadang disertai dengan hipopion.

2.2 Tingkat Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu keadaan yang dialami seseorang saat berada dalam situasi yang berpotensi bahaya, dan sebagai bentuk antisipasi akan terjadinya peristiwa negatif dengan disertai perasaan disforia atau muncul gejala ketegangan fisik (Daviu *et al.*, 2019; Perrotta, 2019). Prevalensi kecemasan pada populasi umum sebesar 2-4%, dan meningkat menjadi 20% pada populasi psikiatri non-psikotik (Perrotta, 2019). Kecemasan dibedakan menjadi dua berdasarkan historis psikolog dan psikiater yaitu keadaan dan sifat kecemasan. Perbedaan dari kedua kecemasan tersebut dinilai berdasarkan durasinya. Keadaan cemas merupakan respons waspada dalam menghadapi ancaman dari stres akut dengan tujuan

menghindari situasi bahaya dan memfasilitasi pembentukan konsolidasi memori, sedangkan sifat cemas merupakan respon yang bersifat kronis, dilakukan terus-menerus sehingga dianggap sebagai sifat dari kepribadian seseorang dalam menghadapi situasi yang berpotensi bahaya (Daviu *et al.*, 2019).

2.2.1 Faktor Risiko Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu respon dalam mengantisipasi dari kejadian yang berpotensi negatif dan berbahaya. Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan, dibedakan menjadi dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal (Perrotta, 2019).

a. Faktor internal

Faktor internal merupakan faktor yang datang dari dalam diri seseorang, meliputi jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan, dan pengalaman hidup. Jenis kelamin berhubungan dengan terjadinya kecemasan, didapatkan pada perempuan lebih banyak mengalami kecemasan daripada laki-laki, dikarenakan perempuan lebih sensitif daripada laki-laki (Ainunnisa, 2020). Pada seseorang dengan usia yang lebih muda jauh lebih tinggi dalam menyebabkan terjadinya kecemasan dibandingkan pada seseorang dengan usia yang lebih tua. Usia yang masih muda akan lebih meningkatkan kewaspadaan pada suatu kondisi dan menyebabkan ketakutan yang berlebihan, sedangkan pada seseorang yang usianya lebih tua secara psikologis lebih bisa mengendalikan emosi, berpikir rasional, dan penggunaan coping terkonstruktif (Harlina dan Aiyub, 2018; Liu *et al.*, 2022). Individu yang tidak bekerja menunjukkan adanya kecemasan yang lebih tinggi daripada individu yang bekerja, dikarenakan individu yang tidak bekerja merasa menjadi beban tanggungan di keluarganya (Ahsan, Lestari dan Sriati, 2017). Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kecemasan meningkat, dengan pendidikan yang tinggi maka pengetahuan dan pengalaman luas dapat menghadapi permasalahan dan memiliki kepercayaan diri yang tinggi (Listiana dan Ngayomi, 2020).

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar diri seseorang, meliputi dukungan keluarga, dukungan sosial, dan faktor lingkungan. Dukungan

keluarga merupakan salah satu hal penting dalam mengontrol adanya kecemasan, ketika ada anggota keluarga yang sakit, keluarga mampu untuk memutuskan tindakan yang tepat (Ahsan, Lestari dan Sriati, 2017). Tindakan yang tepat tersebut dapat membuat pasien merasa aman dan nyaman, sehingga terhindar dari perasaan cemas. Dukungan sosial memiliki jangkauan yang lebih luas misalnya kerabat, tetangga, bahkan tenaga medis. Dukungan sosial yang positif seperti memberikan semangat dapat menurunkan kecemasan, mortalitas, dan lebih cepat sembuh (Ahsan, Lestari dan Sriati, 2017; Harlina dan Aiyub, 2018). Faktor lingkungan adalah lingkup yang sangat luas, contohnya seseorang yang memerlukan tindakan operasi, maka faktor lingkungan yang berkaitan mulai dari pencahayaan, kebisingan di ruang operasi tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh dalam meningkatkan dan menurunkan kecemasan. Guna menurunkan kecemasan, lingkungan dapat dikondisikan dalam keadaan tenang dan nyaman (Liu *et al.*, 2022).

2.2.2 Neurobiologi Kecemasan

Stres merupakan respons dalam menghadapi rangsangan negatif (stresor) yang berasal dari internal maupun eksternal dan mampu mengubah homeostasis fisiologis. Rangkaian proses saat mengalami stres dinamakan respon stres (Daviu *et al.*, 2019). Respon stres terdiri dari perubahan fungsi otonom, perilaku, sekresi hormon meliputi hormon kortikotropin (CRH), adrenokortikotropin (ACTH), kortisol, katekolamin adrenal (epinefrin, norepinefrin), renin angiotensin aldosterone, dan vasopressin (Ray, Gulati dan Rai, 2017). Stresor yang dapat menginduksi stres, diklasifikasikan menjadi beberapa faktor, meliputi stresor psikologis (kecemasan, ketakutan, kesedihan), stresor dari stimulus fisik (trauma, pembedahan, nyeri, imobilisasi), stresor yang bertentangan dengan homeostasis (perdarahan, olahraga, syok), stresor kimia (ketidakseimbangan asam-basa, pasokan O₂ menurun), dan stresor sosial (perpisahan, pengangguran) (Sherwood, Drabkin dan Crandall, 2013; Ray, Gulati dan Rai, 2017).

Hormon CRH-ACTH-Kortisol merupakan respon hormon utama yang berkaitan dengan terjadinya kecemasan akibat stresor psikologis. Respon hormon

CRH-ACTH berhubungan dalam menahan stres, bertujuan untuk mempermudah melakukan respon perilaku yang lebih sesuai selama mengalami kecemasan. Hormon kortisol dalam menghadapi stres berhubungan dengan efek metabolik, meliputi peningkatan dari cadangan glukosa, asam lemak, dan asam amino. Hormon renin angiotensin aldosterone berperan sebagai konsekuensi terjadinya menurunnya aliran darah pada ginjal yang mengakibatkan volume plasma meningkat, sehingga tekanan darah dapat dipertahankan. Untuk hormon vasopressin berguna untuk melakukan adaptasi terhadap stres yang dialami di masa yang akan datang (Sherwood, Drabkin dan Crandall, 2013).

Salah satu respons stres psikologis adalah kecemasan. Stres maupun kecemasan terjadi tidak terlepas dari kinerja sistem saraf otak. Bagian sistem saraf otak yang memiliki peran dalam terjadinya kecemasan, meliputi amigdala, hippocampus, dan korteks prefrontal (Ray, Gulati dan Rai, 2017; Daviu *et al.*, 2019; Perrotta, 2019). Thalamus memiliki fungsi penghubung utama yaitu antara sistem sensorik eksteroseptif, jalur sirkuit aferen yang menentukan kecemasan dengan korteks serebral area sensorik primer (Perrotta, 2019). Amigdala merupakan pusat sirkuit saraf dalam terjadinya rangsangan emosional seperti stres dan kecemasan. Terdapat tiga nukleus amigdala dalam merespon kecemasan, meliputi nukleus amigdala sentral (CA), nukleus amigdala lateral (LA), dan nukleus amigdala basal (BA) (Perrotta, 2019). Hippocampus merupakan bagian pada sistem otak yang berfungsi dalam pengkodean memori, sedangkan korteks prefrontal dapat mempengaruhi modulasi dalam mengontrol diri (Idrus, 2016).

Sirkuit saraf memiliki dua jalur yang berbeda dalam melakukan aktivitas, yaitu sirkuit pendek dan sirkuit panjang. Sirkuit pendek dimulai dari thalamus menerima rangsangan sensorik dan mentransmisikan ke LA kemudian dikirim ke CA. Untuk sirkuit panjang, korteks sensorik (SC), insula (INS), dan korteks prefrontal mengirimkan sinyal ke LA kemudian sinyal ditransmisikan ke batang otak (BS) dan ke hipotalamus. Saat proses sirkuit panjang terjadi akan diikuti respon otonom dan perubahan perilaku. Respon otonom yang diakibatkan jalur eferen sirkuit panjang melibatkan simpatis dan parasimpatis. Terjadinya aktivasi saraf simpatis distimulasi oleh hipotalamus, amigdala, dan *locus coeruleus* (LC)

(Perrotta, 2019). Hormon yang menyebabkan aktivasi saraf simpatis adalah epinefrin dan norepinefrin, sehingga dapat menimbulkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, keringat, dan dilatasi pupil (Sherwood, Drabkin dan Crandall, 2013; Daviu *et al.*, 2019). Aktivasi saraf parasimpatis dimediasi oleh pengiriman sinyal dari hipotalamus, amigdala, *locus coeruleus*, dan nukleus paraventricular. Aktivasi saraf parasimpatis menyebabkan gangguan gastrointestinal, genitourinaria (Perrotta, 2019).

2.2.3 Respon Tubuh saat Mengalami Kecemasan

a. Pengaruh Kecemasan terhadap Tekanan Darah

Tekanan darah merupakan tekanan yang timbul akibat dorongan darah yang dipompa jantung ke seluruh tubuh menekan dinding pembuluh darah arteri. Tekanan darah sistolik terjadi saat jantung berkontraksi, sedangkan tekanan darah diastolik terjadi saat jantung berelaksasi (Saputri, 2019). Tekanan darah pasien yang merasakan cemas cenderung mengalami perubahan. Reaksi somatik terjadi akibat rasa cemas yang dapat menyebabkan peningkatan kerja jantung, kebutuhan oksigen meningkat, nafas cepat dan dangkal, berdebar-debar hingga mengalami peningkatan tekanan darah (Syafira, Suryani dan Utami, 2023).

Tekanan darah diukur dengan menggunakan tensimeter atau sphygmomanometer. Tekanan darah dikatakan normal ketika tekanan darah sistolik <120 mmHg dan tekanan darah diastolik <80 mmHg. Faktor-faktor yang dapat memengaruhi tekanan darah dapat dibedakan menjadi 2 yakni faktor risiko yang tidak dapat dikontrol (jenis kelamin, umur, genetik) dan faktor risiko yang dapat dikontrol (merokok, status gizi, kecemasan) (Saputri, 2019; Iqbal, 2021).

b. Pengaruh Kecemasan terhadap Berkemih

Overactive bladder (OAB) merupakan kondisi dimana aktivitas atau kontraksi dari kandung kemih (vesika urinaria) mengalami peningkatan yang berlebihan. Gejala klinis saat mengalami gangguan ini meliputi urgensi (keinginan untuk berkemih yang sangat kuat sehingga sulit untuk menunda), inkontinensia urgensi (urin keluar secara tidak diinginkan yang diawali dengan urgensi), frekuensi (sering berkemih, >8 kali dalam sehari), dan nokturia (terbangun >1 kali saat malam

hari untuk berkemih). Dalam menentukan skoring OAB dapat menggunakan kuesioner, salah satunya *Overactive Bladder Symptom Scores* (OABSS). OABSS memiliki 2 kelompok pertanyaan yakni pertanyaan mengenai gejala sebanyak 5 pertanyaan dan pertanyaan mengenai kualitas hidup sebanyak 6 pertanyaan (Lai *et al.*, 2016; Saddleback, 2021).

2.2.4 Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Kecemasan yang dialami oleh seseorang diklasifikasikan menjadi tiga tingkatan, meliputi (Sahidin, 2021):

a. Tingkat kecemasan ringan

Kecemasan ringan merupakan tingkat kecemasan yang paling rendah. Seseorang yang mengalami kecemasan ringan akan menjadi waspada dengan meningkatkan persepsi dalam menghadapi situasi yang berpotensi bahaya dan terjadi ketegangan dalam kehidupan sehari-hari.

b. Tingkat kecemasan sedang

Seseorang yang mengalami kecemasan sedang cenderung hanya memperhatikan hal yang penting saja dan tidak memikirkan hal lain, sehingga perhatiannya akan lebih selektif.

c. Tingkat kecemasan berat

Kecemasan berat merupakan tingkatan cemas yang mulai melibatkan perasaan tertekan dan takut. Seseorang yang mengalami kecemasan berat memiliki kecenderungan memikirkan sesuatu hal yang sangat spesifik dan detail, serta tidak berpikir hal lain dengan cara menurunkan persepsi kepada orang lain. Perilaku yang dilakukan bertujuan untuk mengurangi ketegangan. Kecemasan yang berat memerlukan pengarahan untuk memusatkan pemikiran pada hal lain.

2.2.5 Alat Ukur Kecemasan

Alat ukur dalam menentukan kecemasan, antara lain (Dahshan, Kuzbel dan Verma, 2021):

a. *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Instrumen kuesioner STAI terdiri dari 40 pertanyaan, terdapat dua kecemasan dengan masing-masing 20 pertanyaan yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. Kuesioner *state* dan *trait anxiety* menggunakan skor skala Likert.

b. *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)*

Instrumen HRS-A berbentuk kuesioner yang berisi 14 pertanyaan, 13 pertanyaan berkaitan dengan gejala kecemasan, dan 1 pertanyaan berkaitan dengan perilaku saat melakukan wawancara. Skala HRS-A dari masing-masing kategori gejala diberikan penilaian skor dari 0-4. Kemudian dilakukan penjumlahan skor dari empat belas item pertanyaan dan interpretasi hasil.

c. *Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A)*

Instrumen pengukuran VAS-A memiliki enam aspek pertanyaan modifikasi dari HRS-A yaitu mengenai keadaan cemas, tegang, takut, sulit konsentrasi sulit tidur, dan perasaan sedih maupun depresi.

d. *Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Instrumen kuesioner ZSAS terdiri dari 20 pertanyaan, 15 pertanyaan berkaitan dengan kecemasan dan 5 pertanyaan berkaitan dengan penurunan kecemasan. Interpretasi hasil dari penjumlahan skor ZSAS, didapatkan skor 80 merupakan total skor maksimal dan skor 20 merupakan total skor minimal, semakin tinggi skor maka tingkat kecemasan semakin berat.

2.2.6 Kecemasan Preoperasi

Penanganan invasif dari suatu penyakit adalah tindakan operasi atau pembedahan. Tindakan operasi merupakan suatu tindakan membuat sayatan pada tubuh sehingga akan terbuka dan dilakukan penutupan luka dengan cara dijahit (Murdiman *et al.*, 2019). Tindakan operasi bagi mayoritas orang dapat menyebabkan stres disebut sebagai stresor yang dapat mengubah homeostasis fisiologis misalnya menimbulkan reaksi emosional seperti kecemasan dan ketakutan

(Daviu *et al.*, 2019; Perrotta, 2019). Kecemasan pada pasien operasi dapat terjadi saat sebelum operasi/preoperasi, selama operasi, ataupun setelah operasi/pasca operasi (Hidayat dan Siwi, 2019). Pasien preoperasi yang mengalami kecemasan berkaitan dengan kekhawatiran pasien mengenai penyakitnya (nyeri, komplikasi, dan kualitas hidup), perawatan selama di rumah sakit, tindakan anestesi (regional, umum), dan tindakan pembedahan (Ramirez *et al.*, 2017; Lemos *et al.*, 2019).

Pasien preoperasi yang mengalami kecemasan semakin meningkat saat berada di ruang tunggu operasi (Ramirez *et al.*, 2017). Peningkatan kecemasan tersebut biasanya ditandai dengan pasien akan sering bertanya mengenai keadaannya, merasa tidak nyaman seperti gelisah, takikardi, dan peningkatan tekanan darah sekitar 20-30% (Donsu dan Amini, 2017). Hasil penelitian mengenai tingkat kecemasan pasien preoperasi di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya dengan sampel berjumlah 42 pasien, menunjukkan hasil pasien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 21 orang, kecemasan berat sebanyak 12 orang, dan kecemasan ringan sebanyak 9 orang (Rismawan, 2019). Hasil penelitian mengenai gambaran prevalensi pasien preoperasi katarak di Jember dengan sampel penelitian berjumlah 95 pasien, menunjukkan hasil pasien yang mengalami kecemasan sedang sebanyak 59 orang, kecemasan ringan sebanyak 21 pasien, dan kecemasan berat sebanyak 15 pasien (Havivah, 2019).

2.2.7 Terapi Kecemasan

Dalam menangani kecemasan, dapat diberikan terapi berupa farmakologi dan non farmakologi (Moekroni dan Analia., 2016).

a. Terapi Kecemasan Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan penanganan yang menggunakan obat-obatan guna menurunkan rasa sakit. Terapi farmakologi untuk gangguan kecemasan adalah ansiolitik atau hipnotik sedatif. Hipnotik merupakan obat tidur yang biasanya diberikan di malam hari, sedangkan sedative merupakan obat yang dapat menekan reaksi perangsangan, seperti menekan rangsangan emosi. Beberapa contoh obat ansiolitik, antara lain benzodiazepine (lorazepam, triazolam, flurazepam), barbiturat (fenobarbital, thiopental, butobarbital), dan hipnotik sedatif

lain (metiprilon, glutetimid, alkohol) (Airlangga, 2011). Obat pilihan pertama untuk mengatasi kecemasan adalah antidepresan, tujuan pemberiannya untuk menghambat serotonin dan norepinefrin. Obat pilihan kedua dapat menggunakan benzodiazepine, memiliki kelebihan yakni lebih efektif dibandingkan antidepresan. Penggunaan benzodiazepine dalam jangka panjang dapat menjadikan ketergantungan fisik dan psikis (Perrotta, 2019; Sutardi, 2021).

b. Terapi Kecemasan Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi merupakan penanganan tanpa menggunakan obat-obatan. Dalam menurunkan kecemasan, terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan pada pasien, meliputi teknik relaksasi, imajinasi, psikoprofilaksis, hipnoterapi, umpan balik biologis, TENS, hidroterapi, teknik komplementer, dan terapi distraksi (Moekroni dan Analia., 2016; Kustiningsih, 2020).

2.3 Terapi Musik

Terapi musik merupakan aktivitas yang terencana dan bersifat preventif dengan menggunakan media musik untuk membantu menangani seseorang yang mengalami gangguan (Kustiningsih, 2020). Terapi musik dapat memberikan efek yang berbeda sesuai dengan variasi durasi atau lama mendengarkan musik. Untuk mendapatkan efek relaksasi, dapat diberikan terapi musik selama 10-15 menit. Memberikan terapi musik selama 15-20 menit dapat mendapatkan efek stimulasi (mulai menstimulasi kinerja sistem saraf otonom), dan pemberian terapi musik selama 30 menit dapat mendapatkan efek terapi (efek maksimal yang bisa didapatkan dari mendengarkan musik). Kesimpulannya, untuk mendapatkan efek terapi musik yang paling minimal, harus mendengarkan musik dengan durasi paling sedikit selama 15 menit (Hayati, 2017).

2.3.1 Manfaat Musik sebagai Terapi

Manfaat pemberian terapi musik bagi kesehatan, meliputi (Kusumawardhani, 2016; Muzaki dan Hudiyawati, 2020):

a. Relaksasi

Individu yang mendengarkan musik akan merasa lebih rileks, dalam hal ini berkaitan dengan kinerja sel di dalam tubuh untuk melakukan perbaikan secara alami, memproduksi hormon agar seimbang, dan pikiran menjadi lebih segar.

b. Meningkatkan daya ingat

Bagian pada otak yang memroses musik berdekatan dengan proses memori, untuk itu saat individu mendengarkan musik maka dapat meningkatkan daya ingat dan mencegah pikun.

c. Menurunkan rasa sakit

Individu yang mendengarkan musik dapat mempengaruhi kinerja sistem saraf otonom yang dapat berdampak pada tekanan darah, denyut jantung, bahkan reaksi emosional.

2.3.2 Terapi Musik Klasik

Musik klasik dianggap musik zaman lampau yang berkaitan dengan tradisi dan identik dengan kalangan bangsawan, namun seiring berjalannya waktu musik klasik menjadi musik yang cocok untuk semua golongan. Karya musik klasik yang bermakna medis salah satunya adalah karya Mozart. Karya ini mengandung nada yang mampu menstimulasi sistem saraf otak dan memberikan efek mengalihkan perhatian, kenyamanan, ketenangan, melepaskan rasa sakit dan ketegangan (Moekroni dan Analia., 2016; Suharyanto, 2017).

2.3.3 Terapi Murottal

Murottal merupakan lantunan ayat suci Al-Qur'an. Pemberian terapi murottal dapat memberikan efek relaksasi, dikarenakan iramanya mampu menjadikan suasana menjadi menyenangkan, dapat menstimulasi sistem saraf yang berkaitan dengan proses stress, emosional, dan interaksi sosial (Rahmayati dan Handayani, 2017; Padila *et al.*, 2020).

2.4 Fisiologi Pendengaran

Telinga memiliki dua fungsi utama yaitu sebagai indra pendengaran dan keseimbangan. Secara anatomi, telinga memiliki tiga bagian meliputi telinga luar, telinga tengah, dan telinga dalam. Telinga bagian luar dan tengah memiliki fungsi untuk menyalurkan gelombang suara ke dalam telinga dalam yang berisi cairan (koklea dan *apparatus vestibularis*). Telinga luar terdiri dari *pinna* (daun telinga), *meatus auditorius externus*, dan membran timpani. *Pinna* berfungsi mengumpulkan gelombang suara dan menyalurkannya ke *meatus auditorius externus*, kemudian dari *meatus* tersebut akan disalurkan ke membran timpani. Membran timpani yang terkena gelombang suara akan bergetar. Telinga tengah akan menyalurkan getaran dari membran timpani ke cairan telinga dalam melalui getaran pada tulang-tulang telinga tengah dan tingkap oval (pintu masuk ke dalam koklea).

Koklea yang menerima getaran tersebut, akan menggerakkan cairan sehingga bisa menggetarkan dua hal yaitu getaran pada tingkap bundar (lubang kecil tertutupi membran yang memisahkan skala timpani dari telinga tengah) dan getaran pada membran basilaris. Getaran pada tingkap bundar akan meleburkan energi sehingga tidak ada persepsi cahaya, sedangkan getaran pada membran basilaris yang mengandung organ corti akan menggeser sel rambut auditorik sehingga terjadi perubahan pada potensial reseptor, menghasilkan perubahan potensial aksi di saraf auditorik, dan terbentuk persepsi suara di lobus temporalis otak (Sherwood, Drabkin dan Crandall, 2013).

2.5 Pemberian Terapi Musik Terhadap Tingkat Kecemasan

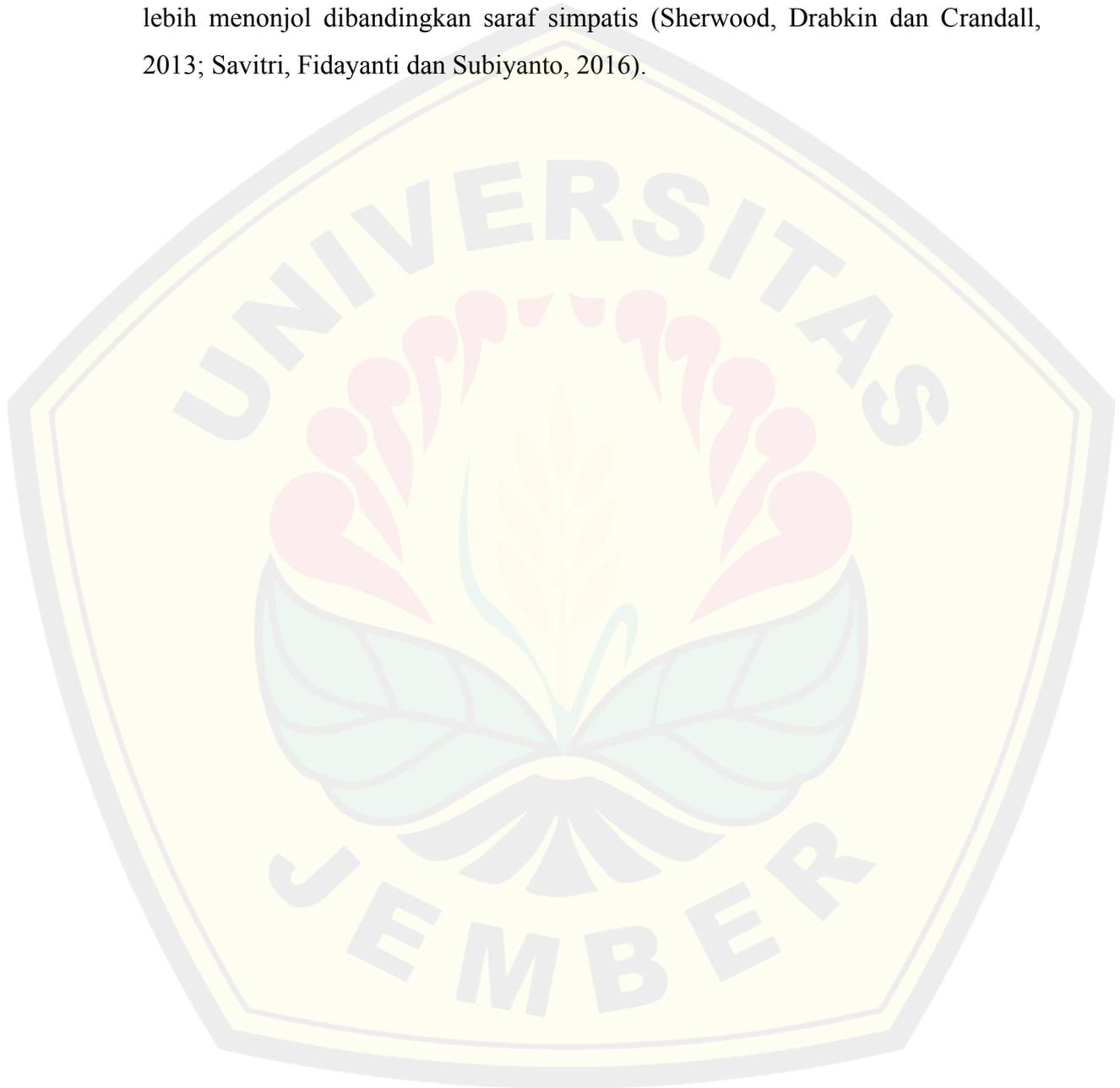
Terapi musik memiliki banyak manfaat, salah satunya adalah menurunkan kecemasan. Saat ini, sudah ada penelitian yang meneliti pemberian terapi musik sebagai faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan. Mayoritas hasil penelitian membuktikan bahwa terapi musik dapat menurunkan tingkat kecemasan. Pemberian terapi musik sebanyak satu kali berdurasi selama kurang lebih 10 menit, sudah memberikan efek terapi berupa relaksasi atau istirahat (Suryana, 2012). Hasil penelitian meta analisis mengenai pengaruh pemberian terapi musik terhadap tingkat kecemasan, menunjukkan hasil yang signifikan bahwa terapi musik efektif

dapat menurunkan tingkat kecemasan. Terapi musik menyebabkan individu mengalami rileks yang memungkinkan gejala yang dirasakan berkurang, merangsang fungsi intelektual individu dalam mengaktifkan ingatan positif yang mampu menstimulasi konsentrasi berlebih sehingga kecemasan dapat diatasi (Novianti dan Yudiarso, 2021).

Hasil penelitian mengenai pengaruh pemberian terapi musik klasik terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi dengan dianestesi lokal menunjukkan hasil yang signifikan terjadi penurunan tingkat kecemasan saat diberi terapi musik klasik selama 20 menit dan hasil dinyatakan tidak signifikan saat pemberian terapi musik klasik berdurasi 10 menit (Deivasigamani *et al.*, 2020). Penelitian mengenai pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak menunjukkan hasil yang signifikan pada kelompok eksperimen, di mana setelah diberikan terapi murottal selama 15 menit terjadi penurunan tingkat kecemasan. Pemberian terapi murottal pada pasien preoperasi katarak diberikan minimal satu jam sebelum dilakukannya operasi (Huda, 2017). Hasil penelitian mengenai efektivitas pemberian terapi musik klasik dan murottal terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi menunjukkan hasil bahwa terdapat perbedaan antara pemberian terapi musik klasik dan murottal dan terapi murottal lebih efektif menurunkan tingkat kecemasan (Rahmayati dan Handayani, 2017).

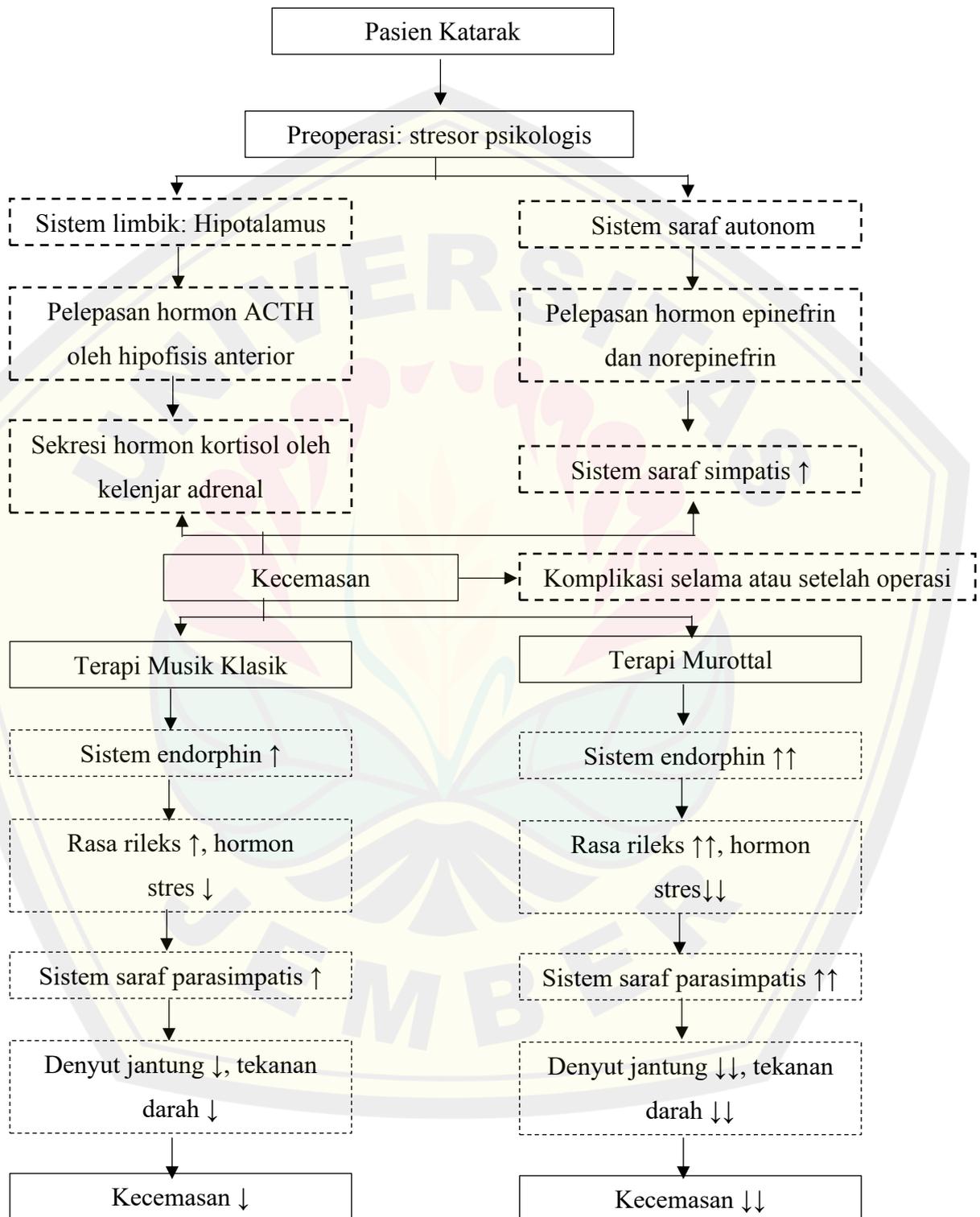
Seorang individu yang mendengarkan musik, telinga bagian luar dan tengah akan menyalurkan gelombang suara ke telinga bagian dalam, berisi koklea (gelombang suara diubah menjadi impuls saraf) dan apparatus vestibularis (untuk keseimbangan). Impuls saraf dari gelombang suara tersebut, akan dihantarkan ke otak melalui sistem limbik (struktur otak depan yang saling berkaitan melalui jaras neuron kompleks). Sistem limbik pada otak terdiri dari korteks serebri, nukleus basal, thalamus, dan hipotalamus akan berhubungan dengan emosi, stres, pola perilaku, kelangsungan hidup dasar, dan motivasi. Hipotalamus yang terletak di bawah thalamus, berfungsi sebagai penghubung antara sistem saraf autonom dengan sistem endokrin. Secara spesifik, hipotalamus memiliki fungsi untuk menghasilkan hormon hipofisis posterior (hormon, oksitosin dan antidiuretic/ADH) dan mengontrol sekresi hormon hipofisis anterior (adrenokortikotropik/ACTH).

Pada sistem saraf autonom terdapat dua saraf yang bekerja yaitu saraf simpatis (menghadapi suasana yang berpotensi negatif, seperti saat cemas) dan saraf parasimpatis (saat individu dalam kondisi normal). Musik dapat mengaktifkan hormon endorphen untuk meningkatkan rasa rileks dan terjadi proses umpan balik pada sistem saraf pusat sehingga akan mengoptimalkan saraf parasimpatis bekerja lebih menonjol dibandingkan saraf simpatis (Sherwood, Drabkin dan Crandall, 2013; Savitri, Fidayanti dan Subiyanto, 2016).



2.6 Kerangka Teori

Berdasarkan pemaparan pada tinjauan pustaka diperoleh kerangka teori yang dapat dilihat pada Gambar 2.4.



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Faktor yang mempengaruhi



: Mengalami peningkatan



: Mengalami peningkatan lebih besar



: Mengalami penurunan



: Mengalami penurunan lebih besar

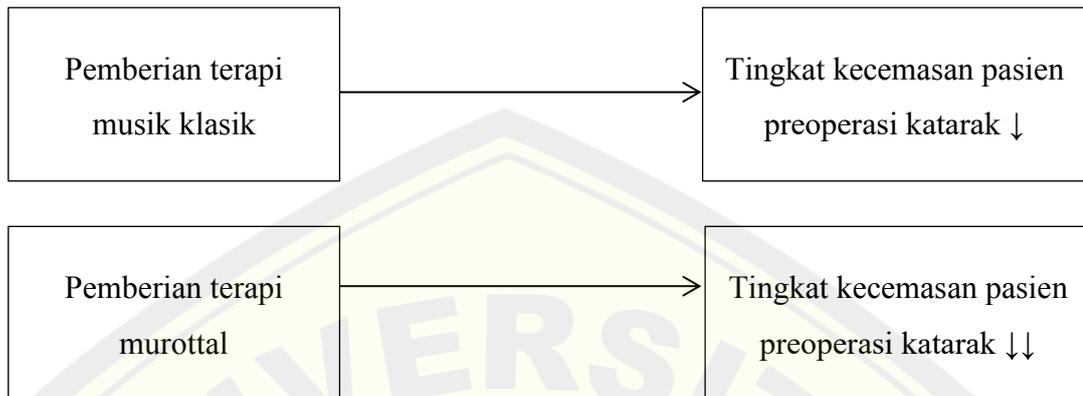
Gambar 2.4 Kerangka teori

Pasien preoperasi katarak dapat mengalami kecemasan dikarenakan inisiasi dari kinerja sistem limbik dan sistem saraf otonom, yang keduanya berkaitan dengan pelepasan hormon seperti ACTH-Kortisol, katekolamin (epinefrin dan norepinefrin). Selama operasi pasien dianestesi lokal, pasien dengan kecemasan dapat menjadi faktor risiko terjadinya komplikasi selama maupun sesudah operasi katarak. Antisipasi yang dapat dilakukan adalah dengan diberikan terapi musik. Pemberian terapi musik klasik dan terapi murottal dapat menstimulasi sistem endorphin dan sistem saraf simpatis, namun terapi murottal lebih efektif dalam merangsang kinerja sistem otak.

2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 2.5.

Variabel Bebas



Keterangan:

□ : Diteliti

-----> : Tidak diteliti

————> : Faktor yang mempengaruhi

↓ : Mengalami penurunan

↓↓ : Mengalami penurunan lebih besar

Gambar 2.5 Kerangka konsep

Pada Gambar 2.4 mengenai kerangka teori, dijelaskan pemberian terapi musik klasik dapat menstimulasi peningkatan kerja sistem endorphin dan sistem saraf parasimpatis, sedangkan pemberian terapi murottal dapat lebih tinggi menstimulasi peningkatan kerja sistem endorphin dan sistem saraf parasimpatis. Berdasarkan uraian kinerja sistem endorphin dan sistem saraf tersebut, peneliti menyimpulkan kemungkinan terjadi perbedaan tingkat kecemasan antara pemberian terapi musik klasik dengan terapi murottal pada pasien preoperasi katarak.

2.8 Hipotesis

Berdasarkan pemaparan pada pendahuluan dan tinjauan pustaka, maka peneliti memiliki hipotesis bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan antara pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menerapkan jenis penelitian *quasi experimental* dengan rancangan *pre-posttest design* guna mengetahui perbedaan antara efektivitas pemberian terapi murottal dengan pemberian terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak di Rumah Sakit Umum Daerah Sumberrejo (RSUD Sumberrejo).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan selama dua bulan yaitu Agustus-September 2023. Penelitian dilakukan di ruang rawat inap pasien RSUD Sumberrejo, Bojonegoro, Jawa Timur. Penelitian dilakukan oleh peneliti dan didampingi 2 perawat.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Sampel penelitian menggunakan manusia sebagai responden dengan pemilihan sampel menggunakan jenis *nonrandom sampling* dengan metode *purposive sampling*. Populasi penelitian ini merupakan pasien yang terdiagnosis katarak dan akan menjalani operasi di RSUD Sumberrejo pada bulan Agustus-September 2023. Sampel penelitian ini merupakan populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.1 Kriteria Inklusi

- a. Pasien bersedia menandatangani *informed consent*
- b. Pasien berusia 40-65 tahun
- c. Pasien terdiagnosis katarak
- d. Pasien akan menjalani operasi katarak di RSUD Sumberrejo dalam rentang Agustus-September 2023
- e. Pasien dengan data rekam medis lengkap, meliputi identitas berupa usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan.

3.3.2 Kriteria Eksklusi

- Pasien memiliki gangguan pendengaran berupa ketidakmampuan mendengarkan suara yang dinilai berdasarkan anamnesis
- Pasien sedang dalam terapi ansiolitik
- Pasien memiliki gangguan psikiatri berupa gangguan kecemasan dan depresi yang dinilai dari anamnesis dan rekam medis.
- Pasien membatalkan persetujuan untuk mengikuti penelitian

Besar simpang baku/standar deviasi ditentukan menggunakan rumus varian gabungan (Dahlan, 2020):

$$(Sg)^2 = \frac{(S_1^2 \times (n_1 - 1) + S_2^2 (n_2 - 1))}{n_1 + n_2 - 2}$$

Keterangan:

Sg = Simpang baku gabungan

$(Sg)^2$ = Varian gabungan

S_1 = Simpang baku kelompok musik klasik pada penelitian sebelumnya adalah 5,46726

n_1 = Besar sampel kelompok musik klasik pada penelitian sebelumnya adalah 45

S_2 = Simpang baku kelompok terapi murottal pada penelitian sebelumnya adalah 6,33636

n_2 = Besar sampel kelompok terapi murottal pada penelitian sebelumnya adalah 45 (Nurkhasanah, 2018).

$$(Sg)^2 = \frac{(5,46726^2 \times (45 - 1) + 6,33636^2(45 - 1))}{45 + 45 - 2}$$

$$(Sg^2) = 35,02$$

$$Sg = 5,917$$

Besar sampel ditentukan menggunakan rumus besar sampel dari Lameshow et al:

$$n_1 = n_2 = \frac{2\delta^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

$n_1 = n_2$ = Besar sampel minimal (untuk masing-masing kelompok)

δ = Simpang baku/standar deviasi (5,917)

$Z (1-\alpha)$ = Nilai Z, derajat kepercayaan 95% (nilai α 0,05 adalah 1,96)

$Z (1-\beta)$ = Nilai Z pada kekuatan uji 95% ($\beta = 5\%$ adalah 1,64)

$\mu_1 - \mu_2$ = Beda rata-rata skor kecemasan sebelum dan sesudah dua intervensi yang berikan. Nilai rata-rata penurunan kecemasan pada kelompok pemberian musik klasik adalah 13,03 sedangkan nilai rata-rata penurunan kecemasan pada kelompok pemberian terapi murottal adalah 19,97 (Darmadi dan Armiyati, 2019).

$$n_1 = n_2 = \frac{2(5,917)^2(1,96 + 0,84)^2}{(19,97 - 13,03)^2}$$

$n_1 = n_2 = 11,398$ responden

$n_1 = n_2 = 12$ responden

Pada penelitian eksperimental, untuk mengantisipasi kemungkinan subyek yang terpilih mengalami *drop out*, *loss to follow up*, atau subyek yang tidak taat maka dilakukan koreksi dengan rumus:

$$n = \frac{n}{1-f} = \frac{12}{1-0,1} = 13,33 \approx 14 \text{ responden}$$

Keterangan:

n = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi *drop out*

Berdasarkan penghitungan di atas, maka sampel pada kelompok eksperimen pemberian musik klasik dan kelompok eksperimen pemberian terapi murottal masing-masing berjumlah 14 responden.

3.4 Jenis dan Sumber Data Penelitian

Penelitian ini menerapkan jenis data berupa primer dan sekunder. Data primer diperoleh dengan teknik pengambilan data berupa kuesioner menggunakan instrumen *State Anxiety Inventory* (S-AI) untuk menentukan tingkat kecemasan, pemeriksaan tensimeter untuk menentukan tekanan darah, pemeriksaan fisik untuk menentukan denyut nadi dan laju pernapasan, serta instrumen *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS) untuk menentukan fungsi berkemih, sedangkan data

sekunder diperoleh dari rekam medis sampel penelitian untuk mengetahui karakteristik pasien.

3.5 Variabel Penelitian

3.5.1 Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah pemberian terapi musik berupa terapi murottal dan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak berdasarkan kriteria inklusi-eksklusi di RSUD Sumberrejo.

3.5.2 Variabel Terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah tingkat kecemasan yang dinilai berdasarkan hasil kuesioner *State Anxiety Inventory* (S-AI), tekanan darah, denyut nadi dan laju pernapasan yang dinilai berdasarkan pemeriksaan fisik, fungsi berkemih yang dinilai berdasarkan hasil kuesioner *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS) pada pasien preoperasi sebelum dan sesudah pemberian perlakuan pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo.

3.6 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional variabel yang digunakan pada penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel dan skala pengukuran

Variabel penelitian	Definisi Operasional	Skala Ukur	Cara Ukur	Hasil ukur
Variabel bebas: Terapi murottal	Pemberian intervensi terapi murottal Al-Qur'an melalui <i>earphone</i> kepada pasien preoperasi katarak dengan mendengarkan murottal Al-Qur'an yang telah ditentukan peneliti sebagai terapi. Waktu untuk mendengarkan terapi murottal selama 20 menit. Pemberian terapi dilaksanakan 1 jam sebelum pasien operasi dan dilaksanakan di ruang tunggu RSUD Sumberrejo	Nominal	Terapi murottal dapat diberikan pada pasien beragama islam. Pasien diperdengarkan murottal Al-Qur'an Surat Al-Fatihah, An-Nas, Al-Falaq, Al-Ikhlash, Ar-Rahman oleh Muzammil Hasballah, diamati oleh peneliti dan 2 perawat	Terapi murottal: 1
Variabel bebas: Terapi musik klasik	Pemberian intervensi terapi musik klasik melalui <i>earphone</i> kepada pasien preoperasi katarak dengan cara mendengarkan musik klasik	Nominal	Terapi musik klasik dapat diberikan pada pasien beragama islam maupun selain islam (kristen, katolik, hindu,	Terapi musik klasik: 2

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

	<p>karya Mozart yang telah ditentukan peneliti sebagai terapi. Waktu untuk mendengarkan musik selama 20 menit. Pemberian terapi dilaksanakan 1 jam sebelum pasien operasi dan dilaksanakan di ruang tunggu RSUD Sumberrejo</p>		<p>budha, konghuchu). Pasien yang diperdengarkan musik klasik karya Mozart: Sonata for Two Pianos in. D. K. 448 diamati oleh peneliti dan 2 perawat</p>
<p>Variabel terikat: Tingkat kecemasan</p>	<p>Keadaan yang dialami pasien preoperasi katarak saat berada dalam situasi yang berpotensi bahaya (dilakukan operasi), dan sebagai bentuk antisipasi terjadinya peristiwa negatif (komplikasi operasi) dengan disertai perasaan disforia atau muncul gejala ketegangan.</p>	Interval	<p>Penentuan tingkat kecemasan berdasarkan hasil kuesioner <i>State Anxiety Inventory</i> (S-AI). Dilakukan dua kali penilaian: a. Pretest sebelum intervensi b. Posttest setelah intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skor 20-29: 1 • Skor 30-40: 2 • Skor 41-50: 3 • Skor 51-80: 4
<p>Variabel terikat: Tekanan darah</p>	<p>Tekanan akibat dorongan darah yang dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh sehingga menekan dinding pembuluh darah arteri.</p>	Rasio	<p>Dinilai menggunakan tensimeter dan didapatkan hasil tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik (mmHg)

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

	<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik merupakan tekanan darah saat jantung berkontraksi • Tekanan darah diastolik merupakan tekanan darah saat jantung relaksasi 		<p>Dilakukan empat kali penilaian:</p> <p>a. 2x pemeriksaan sebelum intervensi berjeda 3 menit</p> <p>b. 2x pemeriksaan sesudah intervensi berjeda 3 menit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah diastolik (mmHg)
Variabel terikat: Denyut nadi	Frekuensi atau jumlah detak jantung seseorang selama per pemit	Rasio	Pemeriksaan pembuluh darah nadi dengan cara menekan temoat yang berdekatan dengan tulang yakni di dekat pergelangan tangan menggunakan ujung jari. Pemeriksaan dilakukan 1x dengan durasi 1 menit	Denyut nadi (x/menit)
Variabel terikat: Laju pernapasan	Frekuensi atau jumlah napas yang dilakukan seseorang selama per menit	Rasio	Pemeriksaan pernapasan dengan cara menghitung tarikan napas dari seseorang selama 1 menit	Laju pernapasan (x/menit)

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

Variabel terikat:	Rasio	Dinilai berdasarkan observasi	Total skor
Fungsi berkemih	Salah satu gangguan fungsi berkemih adalah <i>overactive bladder</i> kondisi dari aktivitas kandung kemih atau vesica urinaria mengalami peningkatan sehingga terjadi urgensi (keinginan berkemih yang kuat dan sulit ditunda), inkontinensia (urin keluar secara tidak diinginkan), frekuensi (sering berkemih), dan nokturia (terbangun saat malam hari untuk berkemih).	Dinilai berdasarkan observasi peneliti dan 2 observer menggunakan kuesioner OABSS hanya pada pertanyaan gejala sebanyak 5 pertanyaan. Dilakukan selama penelitian berlangsung	

3.7 Instrumen Penelitian

Sumber data sekunder dalam penelitian ini adalah rekam medis sampel penelitian dan sumber data primer adalah kuesioner dengan instrumen *State Anxiety Inventory* (S-AI), pemeriksaan fisik, dan *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS). Rekapitulasi data dilakukan pada lembar pengambilan data.

3.7.1 *State Anxiety Inventory* (S-AI)

Instrumen kuesioner *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) dikembangkan oleh *Charles D. Spielberger* berguna untuk mengetahui tingkat kecemasan pada diri seseorang. Kuesioner STAI terdiri dari 2 bagian meliputi *State Anxiety* dan *Trait Anxiety*. *State Anxiety* berisi 20 pertanyaan mengenai perasaan atau kondisi seseorang yang dirasakan “saat ini” akibat menghadapi situasi yang bersifat sementara, sedangkan *Trait Anxiety* berisi 20 pertanyaan mengenai perasaan seseorang yang dirasakan “pada umumnya atau biasanya” akibat faktor bawaan dari dirinya dan menjadi bagian kepribadian orang tersebut (Hernawaty, Ramdhani dan Solehati, 2015).

Penilaian tingkat kecemasan yang diperlukan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui kecemasan yang terjadi akibat stresor psikologis yang dialami oleh pasien preoperasi katarak, sehingga hanya menggunakan *State Anxiety*. Kuesioner SAI dinilai menggunakan skala likert dengan pernyataan bersifat positif (*favorable*) dan negatif (*unfavorable*) masing-masing berjumlah 10 pertanyaan.

Pemberian skor pada pertanyaan positif sebagai berikut:

- Skor 4 = tidak merasakan sama sekali
- Skor 3 = sedikit merasakan
- Skor 2 = cukup merasakan
- Skor 1 = sangat merasakan

Pemberian skor pada pertanyaan negatif sebagai berikut:

- Skor 4 = sangat merasakan
- Skor 3 = cukup merasakan
- Skor 2 = sedikit merasakan
- Skor 1 = tidak merasakan sama sekali

Kuesioner SAI kemudian dilakukan penjumlahan nilai skor 20 pertanyaan dan untuk interpretasi hasil sebagai berikut:

- Skor 20-29 = Tidak ada kecemasan
- Skor 30-40 = Kecemasan ringan
- Skor 41-50 = Kecemasan sedang
- Skor 51-80 = Kecemasan berat

Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dan reabilitas terlebih dahulu sebelum digunakan, dapat dilihat pada Tabel 3.2. Interpretasi dianggap valid apabila nilai korelasi adalah positif, dan interpretasi reliabel jika nilai *cronbach's alpha* didapatkan lebih dari 0,60.

Tabel 3.2 Uji validitas dan reliabilitas kuesioner STAI (Savitri, 2018)

Variabel	Total Correlation	Cronbach's Alpha	Status
P1	0,773	0,959	Reliabel
P2	0,743	0,959	Reliabel
P3	0,734	0,959	Reliabel
P4	0,669	0,960	Reliabel
P5	0,773	0,959	Reliabel
P6	0,734	0,959	Reliabel
P7	0,651	0,961	Reliabel
P8	0,743	0,959	Reliabel
P9	0,882	0,958	Reliabel
P10	0,743	0,959	Reliabel
P11	0,661	0,961	Reliabel
P12	0,822	0,958	Reliabel
P13	0,810	0,958	Reliabel
P14	0,825	0,958	Reliabel
P15	0,786	0,959	Reliabel

P16	0,795	0,958	Reliabel
P17	0,790	0,959	Reliabel
P18	0,594	0,961	Reliabel
P19	0,708	0,960	Reliabel
P20	0,726	0.959	Reliabel

3.7.2 Pemeriksaan Fisik

Pengukuran tekanan darah menggunakan dua cara yaitu palpasi dan auskultasi. Palpasi dan auskultasi ini dapat mengukur tekanan darah sistolik dan diastolik dengan menggunakan alat tensimeter atau *spygmanometer* yang menjadi alat ukur standard dalam mengukur tekanan darah dengan bantuan stetoskop. Penggunaan alat ini dengan cara memompakan manset yang telah dibalutkan pada lengan atas dan menempelkan stetoskop pada arteri brachialis hingga suara denyut hilang, kemudian tekanan pada manset diturunkan sedikit demi sedikit hingga timbul suara denyut untuk pertama kali, suara ini menandakan tekanan darah sistolik, kemudian suara yang terdengar terakhir kali menandakan tekanan darah diastolik (Saputri, 2019).

Pengukuran denyut nadi dilakukan dengan cara menekan tempat yang berdekatan dengan tulang yaitu di pergelangan tangan. Saat melakukan pemeriksaan akan menemukan denyutan dan dilakukan penghitungan selama 1 menit. Pengukuran laju pernapasan dilakukan dengan cara mengamati pergerakan dada maupun melihat tarikan napas, dilakukan penghitungan selama 1 menit.

3.7.3 *Overactive Bladder Symptoms Score (OABSS)*

Kuesioner OABSS merupakan salah satu kuesioner yang digunakan untuk menentukan seseorang mengalami *overactive bladder* atau kemih berlebihan berdasarkan skoring. Kuesioner ini mengandung dua tipe pertanyaan yakni mengenai gejala dan kualitas hidup. Penelitian ini cukup menggunakan tipe pertanyaan mengenai gejala yang berjumlah lima pertanyaan. Pemberian skor disesuaikan dengan pernyataan yang ada pada setiap pertanyaan. Semakin tinggi

skor yang didapat maka semakin tinggi pula keparahan pada OAB. Kuesioner ini sudah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas dan didapatkan hasil *croanbach's alpha* sebesar 0,7 artinya nilai positif dan lebih dari 0,6 maka instrumen kuesioner ini dikatakan reliabel (Romadhon, 2018).

3.8 Prosedur Penelitian

3.8.1 Uji Kelayakan Komisi Etik Penelitian

Penelitian ini menggunakan data primer dan sekunder dengan subjek penelitian adalah pasien yang akan menjalani operasi katarak di RSUD Sumberrejo sehingga perlu dilakukan uji kelayakan etik. Penelitian ini telah diuji kelayakan etik oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember. Penelitian ini dinyatakan layak dan mendapatkan surat kelayakan penelitian dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember dengan nomor etik 2206/UN25.8/KEPK/DL/2023 yang dapat dilihat pada Lampiran 3.5.

3.8.2 Perizinan Penelitian

Setelah mendapatkan surat kelayakan etik, peneliti telah mengajukan perizinan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) dan RSUD Sumberrejo untuk melakukan pengambilan data penelitian dengan menggunakan instrument penelitian yang akan digunakan. Pengajuan perizinan kepada Bakesbangpol Bojonegoro dapat dilihat pada Lampiran 3.6. Bukti pengambilan data penelitian di RSUD Sumberrejo dapat dilihat pada Lampiran 3.7.

3.8.3 Pengambilan Data

Setelah mendapatkan surat izin penelitian, peneliti melakukan pengambilan data dan memberikan intervensi pada sampel penelitian di RSUD Sumberrejo, selanjutnya data direkapitulasi ke dalam lembar pengambilan data. Tanggung jawab peneliti adalah menjaga kerahasiaan data pasien dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Alur prosedur pengambilan data pada subyek penelitian sebagai berikut;

- a. 1 jam 30 menit sebelum dilakukan operasi katarak, subyek diberikan penjelasan mengenai penelitian, persetujuan penelitian, dan pengumpulan data di ruang rawat inap RSUD Sumberrejo
- b. Setelah mendapatkan persetujuan dari subyek, dilakukan pengambilan data berupa pengisian kuesioner *State Anxiety Inventory* oleh subyek selama 10 menit
- c. Observasi dan wawancara subyek sesuai dengan kuesioner *Overactive Bladder Symptoms Score* oleh peneliti dan 2 observer selama penelitian selama penelitian berlangsung
- d. 1 jam 15 menit sebelum dilakukan operasi katarak, subyek dilakukan pemeriksaan fisik berupa denyut nadi, laju pernapasan, dan tekanan darah sebelum intervensi yang pertama (1) dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop oleh peneliti/perawat. Diberikan jeda selama 3 menit, kemudian dilakukan pemeriksaan tekanan darah sebelum intervensi yang kedua (2).
- e. 1 jam sebelum dilakukan operasi katarak, subyek diberikan terapi musik selama 20 menit. Terapi murottal diperdengarkan Al-Qur'an surat Al-Fatihah, An-Nas, Al-Falaq, Al-Ikhlash, Ar-Rahman oleh qori Muzammil Hasballah, sedangkan terapi musik klasik karya Mozart: *Sonata for Two Pianos in D. K. 448* dengan volume menyesuaikan kenyamanan subyek
- f. Setelah diperdengarkan terapi musik, dilakukan pengambilan data berupa pengisian kuesioner *State Anxiety Inventory* oleh subyek selama 10 menit
- g. 30 menit sebelum dilakukan operasi katarak, subyek dilakukan pemeriksaan fisik berupa denyut nadi, laju pernapasan, dan tekanan darah setelah intervensi yang pertama (1) dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop oleh peneliti/perawat. Diberikan jeda selama 3 menit, kemudian dilakukan pemeriksaan tekanan darah setelah intervensi yang kedua (2)
- h. Pengumpulan data dan analisis data oleh peneliti

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang diperoleh dilakukan pengolahan dan analisis menggunakan perangkat lunak seperti Microsoft Excel dan SPSS (*Statistical Program for Social Science*) untuk melakukan uji komparasi kategorik-numerik parametrik berpasangan dan uji komparasi kategorik-numerik parametrik tidak berpasangan.

3.10 Pelaporan Hasil Penelitian

Hasil penelitian dilaporkan kepada pimpinan RSUD Sumberrejo dan Fakultas Kedokteran Universitas Jember sesuai dengan prosedur yang telah disetujui oleh pihak-pihak terkait.

3.11 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Data yang sudah diperoleh dilakukan pengolahan data ke dalam bentuk tabel dan tekstual, disajikan dan diinterpretasikan dalam bentuk penjelasan. Uji normalitas menggunakan uji *Saphiro Wilk* dikarenakan sampel penelitian <50 orang.

3.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik pada responden penelitian, meliputi usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, dan pekerjaan.

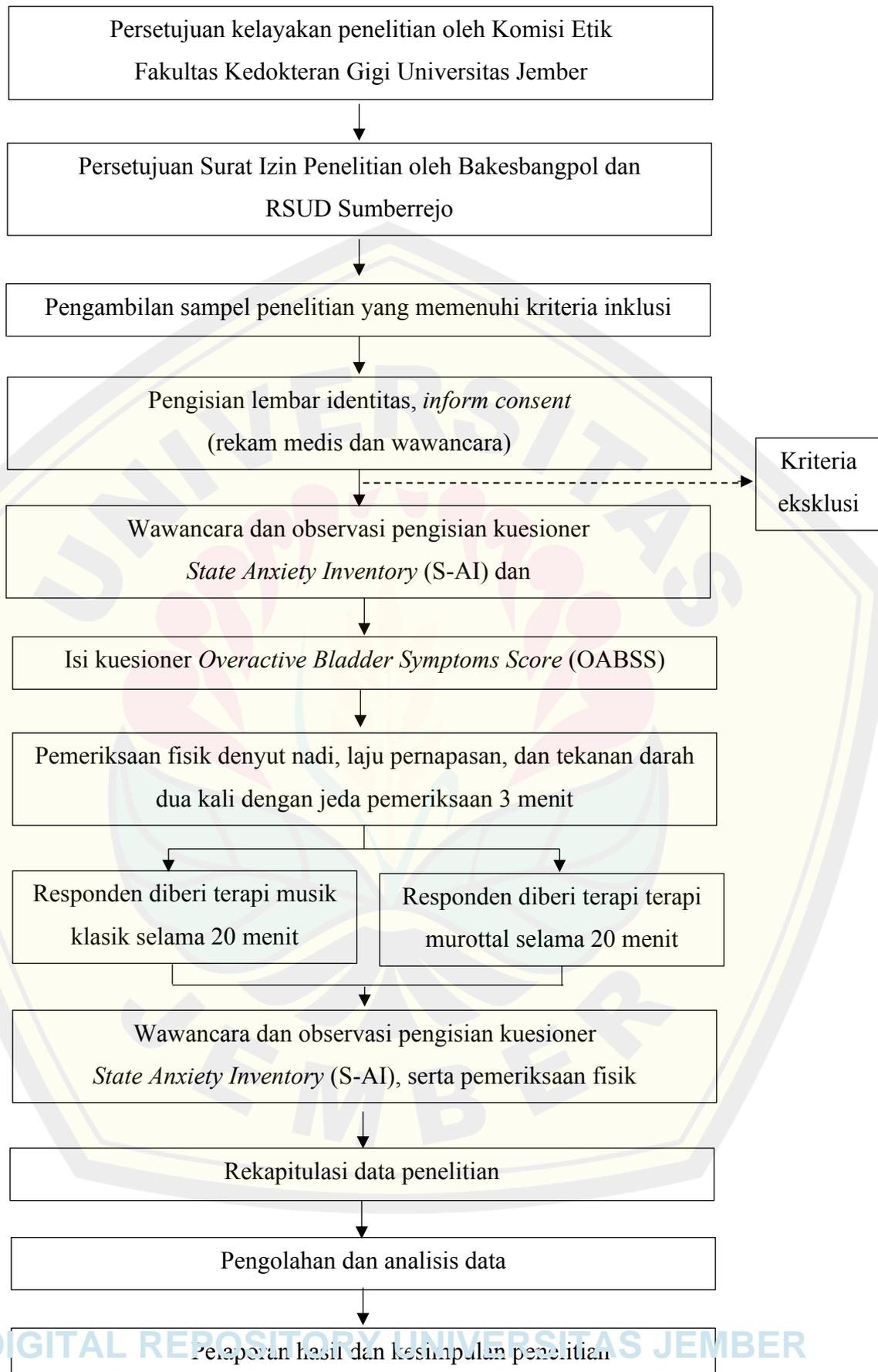
3.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat parametrik dilakukan untuk mengetahui komparasi antara variabel bebas dan terikat dengan menggunakan uji statistik parametrik. Untuk melakukan uji komparasi pada data *pre-posttest* pemberian terapi murottal maupun musik klasik menggunakan uji *Paired t Test*, hal ini dikarenakan data parametrik berpasangan. Uji komparasi antara pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik menggunakan uji *Independent t Test*, hal ini dikarenakan data parametrik tidak berpasangan.

3.12 Alur Penelitian

Alur penelitian dapat dilihat pada Gambar 3.1.





Keterangan:

- ▶ = Alur penelitian
- ▶ = Dikeluarkan dari penelitian

Gambar 3.1 Alur penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Sumberrejo Bojonegoro yang memerlukan proses bertahap seperti diperlukannya birokrasi di beberapa tempat sehingga memerlukan waktu dalam proses perizinannya. Pengambilan data sekunder berupa diagnosis medis melalui rekam medis dan data primer berupa penilaian tingkat kecemasan menggunakan kuesioner *State Anxiety Inventory* (S-AI), penilaian tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, kuesioner *Overactive Bladder Symtoms Score* (OABSS) pasien preoperasi katarak pada periode bulan Agustus-September 2023. Sampel penelitian berjumlah 14 pasien untuk masing-masing kelompok yaitu kelompok pemberian terapi murottal dan kelompok terapi musik klasik, sehingga total sampel pada penelitian ini berjumlah 28 pasien. Hasil penelitian yang didapatkan peneliti dipaparkan melalui sub subbab berikut ini.

4.1.1 Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik sampel pada penelitian ini diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin, usia, agama, tingkat pendidikan, dan pekerjaan berdasarkan pemberian intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo sesuai dengan yang terpilih menjadi sampel penelitian.

a. Karakteristik Jenis Kelamin Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebesar 15 dari 28 sampel (53,6%). Jenis pemberian intervensi terapi murottal didominasi oleh pasien berjenis kelamin laki-laki sebesar 9 sampel (60%). Jenis pemberian intervensi terapi musik klasik didominasi oleh pasien berjenis kelamin perempuan sebesar 8 sampel (40%). Data karakteristik sampel berdasarkan jenis kelamin terhadap jenis intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Karakteristik jenis kelamin terhadap jenis intervensi

Jenis Kelamin	Murottal		Klasik		Total	
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	9	60	6	40	15	53,6
Perempuan	5	38	8	62	13	46,4
Total					28	100

b. Karakteristik Usia Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien preoperasi katarak mayoritas berusia 55-65 tahun sebesar 20 sampel dari 28 sampel (71,4%). Jenis pemberian intervensi terapi murottal didominasi oleh pasien berusia 55-65 tahun sebesar 9 sampel (45%). Jenis pemberian intervensi terapi musik klasik didominasi oleh pasien berusia 55-65 tahun sebesar 11 sampel (55%). Data karakteristik sampel berdasarkan usia terhadap jenis intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Karakteristik usia terhadap jenis intervensi

Usia	Murottal		Klasik		Total	
	n	%	n	%	n	%
<45 tahun	1	100	0	0	1	3,6
45-54	4	57	3	43	7	25
55-65	9	45	11	55	20	71,4
Total					28	100

c. Karakteristik Agama Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien preoperasi katarak semua beragama Islam yakni sebesar 28 sampel dari 28 sampel (100%). Data karakteristik sampel berdasarkan agama terhadap jenis intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Karakteristik agama terhadap jenis intervensi

Agama	Murottal		Klasik		Total	
	n	%	n	%	n	%
Islam	14	50	14	50	28	100
Non Islam	0	0	0	0	0	0
Total					28	100

d. Karakteristik Tingkat Pendidikan Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas dialami oleh pasien dengan tingkat pendidikan terakhir SD sebesar 18 sampel dari 28 sampel (64,3%). Jenis pemberian intervensi terapi murottal didominasi oleh pasien dengan tingkat pendidikan SD sebesar 12 sampel (66%). Jenis pemberian intervensi terapi musik klasik didominasi oleh pasien dengan tingkat pendidikan SD sebesar 6 sampel (34%). Data karakteristik sampel berdasarkan tingkat pendidikan terhadap jenis intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Karakteristik tingkat pendidikan terhadap jenis intervensi

Tingkat Pendidikan	Murottal		Klasik		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tidak Sekolah	1	16	5	84	6	21,4
SD	12	66	6	34	18	64,3
SMP	1	33	2	64	3	10,7
SMA	0	0	1	100	1	3,8
Perguruan Tinggi	0	0	0	0	0	0
Total					28	100

e. Karakteristik Pekerjaan Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien masih bekerja sebesar 15 sampel dari 28 sampel (53,6%). Jenis pemberian intervensi terapi murottal diberikan pada pasien dengan jumlah yang sama antara bekerja dan yang tidak bekerja sebesar 7 sampel. Jenis pemberian intervensi terapi musik klasik didominasi oleh pasien yang masih bekerja sebesar 8 sampel (54%). Data karakteristik sampel berdasarkan pekerjaan terhadap jenis intervensi dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Karakteristik pekerjaan terhadap jenis intervensi

Pekerjaan	Murottal		Klasik		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bekerja	7	46	8	54	15	53,6
Tidak bekerja	7	53	6	47	13	46,4
Total					28	100

4.1.2 Hasil Pengukuran Variabel Penelitian

a. Hasil Pengukuran Variabel Tingkat Kecemasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 14 sampel pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi murottal, sebanyak 11 sampel mengalami tingkat kecemasan ringan (78,6%), sebanyak 1 sampel mengalami tingkat kecemasan sedang (7,1%), dan sebanyak 2 sampel tidak mengalami tingkat kecemasan (14,3%). Sesudah diberi terapi murottal, sebanyak 1 sampel mengalami tingkat kecemasan ringan (7,1%) dan sebanyak 13 sampel tidak mengalami tingkat kecemasan (92,9%). Hasil pengambilan ini dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal

Tingkat kecemasan	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	%	n	%
Tidak ada kecemasan	2	14,3	13	92,9
Kecemasan ringan	11	78,6	1	7,1
Kecemasan sedang	1	7,1	0	0
Kecemasan berat	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 14 sampel pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi musik klasik, sebanyak 12 sampel mengalami tingkat kecemasan ringan (85,8%), sebanyak 1 sampel mengalami tingkat kecemasan sedang (7,1%), dan sebanyak 1 sampel tidak mengalami tingkat kecemasan (7,1%). Sesudah diberi terapi musik klasik, sebanyak 14 sampel tidak mengalami tingkat kecemasan (100%). Hasil pengambilan ini dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi musik klasik

Tingkat kecemasan	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	%	n	%
Tidak ada kecemasan	1	7,1	14	100
Kecemasan ringan	12	85,8	0	0
Kecemasan sedang	1	7,1	0	0
Kecemasan berat	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

Hasil pengambilan data dari variabel tingkat kecemasan terhadap sebelum dan sesudah pemberian intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo dapat dilihat pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Hasil pengukuran variabel tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik

Tingkat Kecemasan	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	%	n	%
Murottal				
Tidak ada kecemasan	2	7,1	13	46,4
Kecemasan ringan	11	39,3	1	3,6
Kecemasan sedang	1	3,57	0	0
Kecemasan berat	0	0	0	0
Klasik				
Tidak ada kecemasan	1	3,6	14	50
Kecemasan ringan	12	42,8	0	0
Kecemasan sedang	1	3,6	0	0
Kecemasan berat	0	0	0	0
Total	28	100	28	100

b. Hasil Pengukuran Variabel Tekanan Darah Pemeriksaan ke-1

Hasil penelitian pemeriksaan tekanan darah ke-1 menunjukkan bahwa rerata tekanan darah sistolik pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi murottal sebesar 130 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sebelum

diberikan terapi murottal sebesar 86,43 mmHg. Rerata tekanan darah sistolik sesudah diberikan terapi murottal sebesar 122,14 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sesudah diberikan terapi murottal sebesar 82,86 mmHg. Rerata tekanan sistolik dan diastolik pemeriksaan ke-1 sama-sama mengalami penurunan (Tabel 4.9).

Hasil penelitian pemeriksaan tekanan darah ke-1 menunjukkan bahwa rerata tekanan darah sistolik pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 138,93 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 86,79 mmHg. Rerata tekanan darah sistolik sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 124,29 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 81,43 mmHg. Hasil pengambilan data dari variabel tekanan darah sistolik dan diastolik terhadap sebelum dan sesudah pemberian intervensi terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo dapat dilihat pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9 Hasil pengukuran variabel tekanan darah pemeriksaan ke-1 sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik

Tekanan Darah Pemeriksaan ke-1	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	Rerata (mmHg)	n	Rerata (mmHg)
Murottal				
Sistolik	14	130	14	122,14
Diastolik	14	86,43	14	82,86
Klasik				
Sistolik	14	138,93	14	124,29
Diastolik	14	86,79	14	81,43

c. Hasil Pengukuran Variabel Tekanan Darah Pemeriksaan ke-2

Hasil penelitian pemeriksaan tekanan darah kedua menunjukkan bahwa rerata tekanan darah sistolik pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi murottal sebesar 129,64 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sebelum diberikan terapi murottal sebesar 87,14 mmHg. Rerata tekanan darah sistolik sesudah diberikan terapi murottal sebesar 122,86 mmHg, sedangkan rerata

tekanan darah diastolik sesudah diberikan terapi murottal sebesar 80,36 mmHg (Tabel 4.10).

Hasil penelitian pemeriksaan tekanan darah kedua menunjukkan bahwa rerata tekanan darah sistolik pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 137,14 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 84,29 mmHg. Rerata tekanan darah sistolik sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 125 mmHg, sedangkan rerata tekanan darah diastolik sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 82,14 mmHg (Tabel 4.10).

Tabel 4.10 Hasil pengukuran variabel tekanan darah pemeriksaan ke-2 sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik

Tekanan Darah Pemeriksaan ke-2	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	Rerata (mmHg)	n	Rerata (mmHg)
Muorttal				
Sistolik	14	129,64	14	122,86
Diastolik	14	87,14	14	80,36
Klasik				
Sistolik	14	137,14	14	125
Diastolik	14	84,29	14	82,14

d. Hasil Pengukuran Variabel Denyut Nadi

Hasil pemeriksaan denyut nadi menunjukkan bahwa rerata denyut nadi pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi murottal sebesar 65,86x/menit, sedangkan rerata denyut nadi sesudah diberikan terapi murottal sebesar 64x/menit. Hasil pengambilan data dari variabel pemeriksaan tanda vital denyut nadi terhadap sebelum dan sesudah pemberian intervensi terapi murottal pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo dapat dilihat pada Tabel 4.13. Hasil penelitian pemeriksaan tanda vital denyut nadi menunjukkan bahwa rerata denyut nadi pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 69,64x/menit, sedangkan rerata denyut nadi sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 68,64x/menit. Hasil pengambilan ini dapat dilihat pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11 Hasil pengukuran variabel denyut nadi sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik

Denyut Nadi	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	Rerata (x/menit)	n	Rerata (x/menit)
Murottal	14	65,86	14	64
Klasik	14	69,64	14	68,64
Total	28	67,75	28	66,32

e. Hasil Pengukuran Variabel Laju pernapasan

Hasil pemeriksaan laju pernapasan menunjukkan bahwa rerata laju pernapasan pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi murottal sebesar 18,14x/menit, sedangkan rerata laju pernapasan sesudah diberikan terapi murottal sebesar 16x/menit (Tabel 4.12). Hasil penelitian pemeriksaan tanda vital laju pernapasan menunjukkan bahwa rerata laju pernapasan pada pasien preoperasi katarak sebelum diberikan terapi musik klasik sebesar 17,14x/menit, sedangkan rerata laju pernapasan sesudah diberikan terapi musik klasik sebesar 14,36x/menit (Tabel 4.12).

Tabel 4.12 Hasil pengukuran variabel laju pernapasan sebelum dan sesudah intervensi terapi murottal dan terapi musik klasik

Laju Pernapasan	Sebelum Intervensi		Sesudah Intervensi	
	n	Rerata (x/menit)	n	Rerata (x/menit)
Murottal	14	18,14	14	16
Klasik	14	17,14	14	14,36
Total	28	17,54	28	15,18

f. Hasil Pengukuran Variabel Fungsi Berkemih

Hasil penelitian pemeriksaan fungsi berkemih yang dinilai menggunakan kuesioner *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS) menunjukkan bahwa pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo yang memiliki nilai positif pada pertanyaan 1 mengenai urgensi sebesar 10 sampel (35,7%), sindrom inkontinensia urgensi 11 sampel (39,3%), sindrom inkontinensia 10 sampel (35,7%), 12 sampel (42,9%) yang memiliki frekuensi berkemih >1-6x, sindrom nokturia sebesar 23

sampel (82,1%). Hasil pengambilan data dari variabel fungsi pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo dapat dilihat pada Tabel 4.13. Pengambilan data hanya dilakukan 1 kali guna mengetahui karakteristik fungsi berkemih pada pasien preoperasi katarak dan tidak membedakan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi musik. Pengambilan sampel ini masih memiliki faktor bias dikarenakan tidak dieklusikannya pasien dengan diabetes yakni 5 pasien dari 28 sampel.

Tabel 4.13 Hasil pengukuran variabel fungsi berkemih kuesioner OABSS

Pertanyaan	Jawaban	Jawaban	
		n	%
1. Seberapa sering mengalami dorongan kuat dan tiba-tiba ingin BAK, sehingga membuat takut mengompol bila tidak segera ke toilet?	Tidak pernah	18	64,3
	Pernah urgensi	10	35,7
	Total	28	100
2. Seberapa sering mengompol karena sulit menahan keinginan yang mendadak untuk berkemih?	Tidak pernah	11	60,7
	Pernah inkontinensia urgensi	10	39,3
	Total	28	100
3. Berapa banyak air kencing yang dikeluarkan saat mengompol?	Tidak ada	18	64,3
	Ada inkontinensia	10	35,7
	Total	28	100
4. Seberapa sering BAK saat ini?	1-6x	16	57,1
	>1-6x	12	42,9
	Total	28	100
5. Berapa kali terbangun untuk BAK dari mulai tidur di malam hari sampai bangun di pagi hari ini?	Tidak sama sekali	5	17,9
	>1x	23	82,1
	Total	28	100

4.2 Analisis Data

4.2.1 Analisis Data Komparatif Parametrik Berpasangan

a. Analisis Data Jenis Intervensi Terapi Murottal

Hasil penelitian *Paired t Test* variabel penelitian yang memiliki hasil signifikan dimana *p-value* <0,05 didapatkan pada variabel tingkat kecemasan ditemukan senilai 0,000; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,006; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,003; variabel diastolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,001; dan variabel laju pernapasan senilai 0,046. Terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal terhadap variabel tingkat kecemasan, sistolik ke-1, sistolik ke-2, diastolik ke-2, dan laju pernapasan pasien preoperasi katarak.

Hasil penelitian *Paired t Test* variabel penelitian yang memiliki hasil tidak signifikan dimana *p-value* >0,05 didapatkan pada variabel tekanan darah diastolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,055 dan variabel denyut nadi senilai 0,084. Tidak terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal terhadap variabel diastolik ke-1 dan denyut nadi pada pasien preoperasi katarak. Hasil uji komparatif *Paired t Test* variabel penelitian sebelum dan sesudah diberikan terapi murottal dapat dilihat pada Tabel 4.14.

b. Analisis Data Jenis Intervensi Terapi Musik Klasik

Hasil penelitian *Paired t Test* variabel penelitian yang memiliki hasil signifikan dimana *p-value* <0,05 didapatkan pada variabel tingkat kecemasan ditemukan senilai 0,000; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,000; variabel tekanan darah diastolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,001; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,000; dan variabel laju pernapasan senilai 0,016. Terdapat perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik terhadap variabel tingkat kecemasan, sistolik ke-1, diastolik ke-1, sistolik ke-2, dan laju pernapasan pasien preoperasi katarak.

Hasil penelitian *Paired t Test* variabel penelitian yang memiliki hasil tidak signifikan dimana *p-value* >0,05 didapatkan pada variabel tekanan darah diastolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,234 dan variabel denyut nadi senilai 0,59. Tidak terdapat

perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik terhadap variabel diastolik ke-2 dan denyut nadi pada pasien preoperasi katarak. Hasil uji komparatif *Paired t Test* variabel penelitian sebelum dan sesudah diberikan terapi musik klasik dapat dilihat pada Tabel 4.14.

Tabel 4. 14 Analisis uji *Paired t Test* variabel penelitian sebelum dan sesudah intervensi murottal dan musik klasik di RSUD Sumberrejo

Variabel Penelitian	Hasil Sebelum dan Sesudah	
Murottal		
Tingkat Kecemasan	<i>p-value</i>	0.000 *
	N	28
Sistolik ke-1	<i>p-value</i>	0.006 *
	N	28
Diastolik ke-1	<i>p-value</i>	0.055
	N	28
Sistolik ke-2	<i>p-value</i>	0.003 *
	N	28
Diastolik ke-2	<i>p-value</i>	0.001 *
	N	28
Denyut Nadi	<i>p-value</i>	0.084
	N	28
Laju pernapasan	<i>p-value</i>	0.046 *
	N	28
Klasik		
Tingkat Kecemasan	<i>p-value</i>	0.000 *
	N	28
Sistolik ke-1	<i>p-value</i>	0.000 *
	N	28
Diastolik ke-1	<i>p-value</i>	0.001 *
	N	28
Sistolik ke-2	<i>p-value</i>	0.000 *
	N	28
Diastolik ke-2	<i>p-value</i>	0.234
	N	28
Denyut Nadi	<i>p-value</i>	0.59
	N	28
Laju pernapasan	<i>p-value</i>	0.016 *
	N	28

Keterangan (*) : Hasil signifikan

4.2.2 Analisis Data Komparatif Parametrik Tidak Berpasangan

Hasil penelitian dianalisis uji *Independent T Test* didapatkan *p-value* variabel tingkat kecemasan senilai 0,668; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,237; variabel tekanan darah diastolik pemeriksaan ke-1 senilai 0,696; variabel tekanan darah sistolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,066; variabel tekanan darah diastolik pemeriksaan ke-2 senilai 0,054 ; variabel denyut nadi senilai 0,392; variabel laju pernapasan senilai 0,716. Tidak terdapat perbedaan antara terapi murottal dengan terapi musik klasik terhadap variabel tingkat kecemasan, sistolik ke-1, diastolik ke-1, sistolik ke-2, diastolik ke-2, denyut nadi dan laju pernapasan pada pasien preoperasi katarak. Hasil uji komparatif tidak berpasangan *Independent t Test* dapat dilihat pada Tabel 4.15.

Tabel 4.15 Analisis uji *independent T-test* variabel penelitian selisih nilai intervensi terapi murottal dengan terapi musik klasik di RSUD Sumberrejo Bojonegoro

Variabel		Selisih Nilai
Tingkat Kecemasan	<i>p-value</i>	0,668
	Perbedaan rerata	0,71
	N	28
Sistolik ke-1	<i>p-value</i>	0,237
	Perbedaan rerata	3,92
	N	28
Diastolik ke-1	<i>p-value</i>	0,696
	Perbedaan rerata	0,71
	N	28
Sistolik ke-2	<i>p-value</i>	0,066
	Perbedaan rerata	5,35
	N	28
Diastolik ke-2	<i>p-value</i>	0,054
	Perbedaan rerata	-4,64
	N	28
Denyut Nadi	<i>p-value</i>	0,392
	Perbedaan rerata	-1,71
	N	28
Laju Pernapasan	<i>p-value</i>	0,716
	Perbedaan rerata	0,5
	N	28

4.3 Pembahasan

4.3.1 Karakteristik Sampel Penelitian

Penelitian ini meneliti pasien preoperasi katarak dengan berbagai karakteristik. Karakteristik sampel yang diperoleh dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, agama, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

a. Karakteristik Jenis Kelamin Terhadap Kejadian Katarak

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo dialami oleh pasien berjenis kelamin laki-laki sebesar 15 dari 28 sampel (53,6%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil survei *Rapid Assessment of Avoidable Blindness* (RAAB) tahun 2014-2016 yakni *Cataract Surgery Coverage* (CSC) di Indonesia pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan (Kemenkes, 2018). Hasil ini juga berkaitan dengan pekerjaan seorang laki-laki yang berada di luar ruangan sehingga lebih sering terpapar sinar matahari dibandingkan perempuan. Penelitian ini bertolak belakang dengan yang dikemukakan oleh Detty *et.al* (2021) bahwa perempuan memiliki risiko yang lebih tinggi terkena katarak dibandingkan laki-laki, perempuan akan mengalami menopause (memasuki usia 45-55 tahun) mengakibatkan penurunan estrogen. Reseptor hormon estrogen terdapat pada beberapa bagian mata, salah satunya adalah lensa mata. Pada lensa mata perempuan memiliki *transforming growth factor- β* (TGF β) berfungsi melindungi dari pertumbuhan kekeruhan lensa mata dengan faktor predisposisi penuaan, sinar ultraviolet, dan malnutrisi. Risiko akibat rendahnya estrogen berupa etiologi dari beberapa penyakit mata (Das *et al.*, 2020).

b. Karakteristik Usia Terhadap Kejadian Katarak

Berdasarkan hasil penelitian, pasien preoperasi katarak mayoritas berusia 55-65 tahun sebesar 20 sampel dari 28 sampel (71,4%). Pengelompokan usia dalam penelitian ini didasari oleh klasifikasi WHO terkait usia yakni usia <45 tahun (dewasa), 45-54 tahun (usia pertengahan atau *middle age*), 55-65 tahun (lansia atau *elderly*) (Fallis, 2013). Hasil penelitian sesuai dengan hasil survei *Rapid Assessment of Avoidable Blindness* (RAAB) tahun 2014-2016 didapatkan dari 15 provinsi di Indonesia, prevalensi penduduk usia 50 tahun ke atas yang mengalami katarak (Kemenkes, 2018). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan yang dikemukakan oleh

Putri (2020) bahwa ketika memasuki usia lansia di atas 50 tahun, serat sel mulai mengalami kerusakan dan terjadi agregasi protein.

c. Karakteristik Agama Terhadap Jenis Intervensi

Hasil penelitian ini semua pasien beragama Islam yakni sebesar 28 sampel dari 28 sampel (100%). Dapat dilihat berdasarkan karakteristik agama di Indonesia yakni mayoritas beragama Islam.

d. Karakteristik Tingkat Pendidikan Terhadap Kejadian Katarak

Mayoritas pasien memiliki tingkat pendidikan terakhir SD sebesar 18 sampel dari 28 sampel (64,3%). Pasien yang berpendidikan rendah memiliki risiko 2,42 kali menderita katarak. Pendidikan rendah berdampak pada kurangnya informasi, pemahaman dan kesadaran akan penyakit katarak dan pengobatannya. Pendidikan yang rendah tidak berkaitan langsung dengan kejadian katarak, akan tetapi biasanya berkaitan dengan pekerjaan. Seseorang yang tidak sekolah maupun tingkat pendidikan terakhir SD cenderung memiliki pekerjaan yang sering terpapar sinar ultraviolet (Puspita, Ashan dan Sjaaf, 2019).

e. Karakteristik Pekerjaan Terhadap Kejadian Katarak

Mayoritas pasien memiliki pekerjaan sebesar 15 sampel dari 28 sampel (53,6%). Hal ini selaras dengan yang dikemukakan oleh Huda (2017) bahwa seseorang yang bekerja akan berkaitan dengan paparan sinar ultraviolet. Pekerjaan yang berisiko terkena paparan sinar matahari meliputi petani, sopir, tukang parkir, buruh bangunan, dan pedagang. Hal ini selaras dengan hasil penelitian ini, jenis pekerjaan pasien yang masih bekerja adalah petani dan sopir. Jenis pekerjaan tersebut merupakan pekerjaan di luar rumah dan sering terpapar sinar matahari. Di antara jenis pekerjaan di luar ruangan, kelompok petani memiliki risiko lebih tinggi terkena katarak dengan persentase 35%. Petani yang terkena paparan sinar ultraviolet lebih dari 4 jam memiliki risiko 2,86 kali lebih tinggi mengalami katarak dibandingkan dengan petani yang tidak terpapar sinar ultraviolet kurang dari 4 jam per hari (Asmara *et al.*, 2023). Penelitian Aini dan Santik, 2018 bahwa seseorang yang terpapar sinar ultraviolet lebih dari 6 jam dalam 24 jam memiliki risiko katarak senilis 2,96 kali lebih tinggi daripada seseorang yang tidak terpapar.

4.3.2 Komparasi Parametrik Berpasangan dan Tidak Berpasangan Antar Variabel Penelitian

Hasil analisis uji komparatif *Paired t Test* mengenai perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Rahmayati *et.al* (2017) bahwa terapi murottal menurunkan tingkat kecemasan pasien preoperasi di ruang bedah orthopedi, ruang bedah wanita, dan ruang bedah pria di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Lampung. Penelitian tersebut menggunakan instrumen kuesioner ZSARS. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Gunawan *et.al* (2022) bahwa terapi murottal menurunkan tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak. Dalam penelitian tersebut, instrumen yang digunakan adalah kuesioner HARS dan bacaan murottalnya adalah lantunan Al-Qur'an Surah Ar-Rahman yang dibacakan oleh Muzammil Basalamah dengan timbre sedang, bernada 44 hz, reguler, harmoni, konsisten, dan dengan volume 60 desibel (Gunawan dan Mariyam, 2022).

Hasil analisis uji komparatif *Paired t Test* mengenai perbedaan sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik karya Mozart terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak menunjukkan perbedaan yang signifikan ($p < 0,05$). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Moeroni *et.al* (2016) bahwa pemberian musik klasik memiliki pengaruh dalam menurunkan tingkat kecemasan. Pemberian musik klasik ini merupakan salah satu teknik distraksi sehingga saat mendengarkan musik dapat memberikan efek ketenangan, kenyamanan, dan memberikan energi untuk melepaskan ketegangan maupun rasa sakit.

Hasil analisis variabel penelitian tanda obyektif pada penelitian ini adalah tekanan darah, denyut nadi, dan laju pernapasan. Pada pemeriksaan pertama dan kedua tekanan darah sistolik berdasarkan hasil uji *Paired t Test* didapatkan hasil yang signifikan ($p < 0,05$) baik pada kelompok terapi murottal maupun terapi musik klasik. Hasil analisis uji *Paired t Test* pada pemeriksaan tekanan darah diastolik dalam penelitian ini memiliki nilai yang berbeda antara pemeriksaan pertama dengan kedua. Pada pemeriksaan pertama kelompok murottal didapatkan hasil yang

tidak signifikan ($p > 0,05$), sedangkan pada kelompok musik klasik didapatkan hasil yang signifikan ($p < 0,05$). Hasil analisis uji *Paired t Test* pada pemeriksaan kedua kelompok murottal didapatkan hasil yang signifikan ($p < 0,05$), sedangkan pada kelompok musik klasik didapatkan hasil yang tidak signifikan ($p > 0,05$). Hasil analisis perbedaan pemberian murottal maupun musik klasik terhadap denyut nadi didapatkan hasil yang tidak signifikan ($p > 0,05$). Hasil analisis uji *paired t test* pada variabel laju pernapasan pada kelompok murottal dan musik klasik didapatkan hasil yang sama yakni signifikan ($p < 0,05$).

Hasil analisis uji *Independent t Test* mengenai perbedaan antara murottal dengan musik klasik terhadap tingkat kecemasan didapatkan hasil yang tidak signifikan ($p > 0,05$). Hasil ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni *et.al* (2020) bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara terapi murottal dan terapi musik klasik dalam mengurangi kecemasan ibu bersalin. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sukron (2018) bahwa terapi musik klasik dan terapi murottal tidak memiliki perbedaan yang signifikan dan sangat efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan pada pasien yang akan menjalani tindakan operasi bedah mayor.

4.3.3 Keterbatasan

Penelitian ini memiliki keterbatasan, baik yang dapat terkendali maupun yang di luar kendali peneliti. Peneliti telah melakukan usaha yang maksimal untuk meminimalisir adanya keterbatasan dalam penelitian ini. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah faktor risiko pemicu kecemasan lainnya seperti pengalaman hidup, dukungan keluarga, dukungan sosial, dan faktor lingkungan tidak dilakukan penelusuran lebih lanjut sehingga hasil dalam penelitian ini rentan menjadi bias. Keterbatasan generalisasi dalam penelitian ini adalah diperlukan ukuran sampel yang besar untuk hasil analisis yang lebih akurat.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai perbedaan pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik pada tingkat kecemasan, tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, denyut nadi, dan laju pernapasan pada pasien preoperasi katarak di RSUD Sumberrejo Bojonegoro yang telah dilaksanakan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan mengenai pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan;
- b. Perbandingan jenis kelamin perempuan dan laki-laki sebesar 1 : 1,15; Kelompok usia didominasi oleh kelompok usia 55-65 tahun; Semua pasien beragama Islam; Tingkat pendidikan terakhir terbanyak pendidikan sekolah dasar (SD); Pasien mayoritas masih bekerja dengan perbandingan pasien yang tidak bekerja dan bekerja sebesar 1 : 1,15;
- c. Terdapat perbedaan yang signifikan mengenai sebelum dan sesudah pemberian terapi murottal pada pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan; Terdapat perbedaan yang signifikan mengenai sebelum dan sesudah pemberian terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai perbedaan pemberian terapi murottal dengan terapi musik klasik pada pasien preoperasi katarak yang mengalami kecemasan di RSUD Sumberrejo Bojonegoro yang telah dilaksanakan, maka saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

- a. Bagi penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengeksklusikan pasien dengan hipertensi apabila variabel penelitiannya adalah tekanan darah guna meminimalisir faktor bias;

- b. Bagi penelitian selanjutnya diharapkan dapat meneliti perbedaan pemberian terapi musik dengan variabel fungsi berkemih antara sebelum operasi dengan sesudah operasi dan untuk pemberian musik pada saat pasien dioperasi (durante operasi).



DAFTAR PUSTAKA

- Ahsan, Lestari, R. dan Sriati (2017) “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pre Operasi Pada Pasien Sectio Caesarea Di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rsud Kanjuruhan Kepanjen Kabupaten Malang,” *Jurnal Keperawatan*, 8(1), hal. 1–12.
- Ainunnisa, K. (2020) “Hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal jantung,” *Skripsi thesis* [Preprint]. Tersedia pada: <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/83024>.
- Airlangga, H. (2011) “ANSIOLITIK / SEDATIVE - HIPNOTIKA.”
- Asmara, D. *et al.* (2023) “Gambaran kejadian katarak pada pekerja dengan paparan radiasi uv di lingkungan kerja,” 4, hal. 2442–2451.
- Astari (2018) “Katarak: Klasikasi, Tatalaksana, dan Komplikasi Operasi,” *Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada*, 45(10), hal. 2018. Tersedia pada: <http://103.13.36.125/index.php/CDK/article/view/584%0Ahttp://103.13.36.125/index.php/CDK/article/download/584/362>.
- Budiman, Maxilian, A. dan Sitompul, N. (2013) “Pearls and pitfalls to improve cataract surgery skills.pdf.”
- Cahyana, N.W. (2022) “Penanganan Katarak,” *UPT Penerbitan Universitas Jember* [Preprint].
- Chen, M. *et al.* (2014) “Complication rate of posterior capsule rupture with vitreous loss during phacoemulsification at a Hawaiian cataract surgical center: A clinical audit,” *Clinical Ophthalmology*, 8, hal. 375–378. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S57736>.
- Dahlan, S. (2020) *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel, Suparyanto dan Rosad (2015)*.
- Dahshan, D., Kuzbel, J. dan Verma, V. (2021) “A Role for Music in Cataract Surgery: A Systematic Review,” *International Ophthalmology*, 41(12), hal. 4209–4215. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s10792-021-01986-9>.
- Darmadi, S. dan Armiyati, Y. (2019) “Murottal and Classical Music Therapy Reducing Pre Cardiac Chateterization Anxiety,” *South East Asia Nursing Research*, 1(2), hal. 52. Tersedia pada: <https://doi.org/10.26714/seanr.1.2.2019.52-60>.
- Das, S.J. *et al.* (2020) “Nox4-mediated ROS production is involved, but not essential for TGFβ-induced lens EMT leading to cataract,” *Experimental Eye Research*, 192(January), hal. 107918. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.exer.2020.107918>.
- Davis, G. (2016) “The Evolution of Cataract Surgery,” *Missouri medicine*, 113(1), hal. 58–62. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1097/apo.0b013e31829df4bf>.
- Daviu, N. *et al.* (2019) “Neurobiological links between stress and anxiety,” *Neurobiology of Stress*, 11(April), hal. 100191. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100191>.

- Deivasigamani, D. *et al.* (2020) "Evaluation of music interventions for anxiety during dermatosurgery under local anesthesia," *International Journal of Research in Dermatology*, 6(3), hal. 376. Tersedia pada: <https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.intjresdermatol20201584>.
- Donsu, J.D.. dan Amini, R. (2017) "Perbedaan Teknik Relaksasi Dan Terapi Musik Terhadap Kecemasan Pasien Operasi Sectio Caesaria," *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 3(2), hal. 57. Tersedia pada: <https://doi.org/10.30602/jvk.v3i2.113>.
- Elanchezhian, R. *et al.* (2012) "Age-related cataracts: Homocysteine coupled endoplasmic reticulum stress and suppression of Nrf2-dependent antioxidant protection," *Chemico-Biological Interactions*, 200(1), hal. 1–10. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.cbi.2012.08.017>.
- Fallis, A.. (2013) "Pengaruh Melakukan Puasa Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi," *Jurnal Keperawatan*, 53(9), hal. 1689–1699.
- Gunawan, H. dan Mariyam, M. (2022) "Murrotal Qur'an Surah Ar- Rahman Menurunkan Tingkat Kecemasan Pasien Pre-Operasi Katarak," *Ners Muda*, 3(2). Tersedia pada: <https://doi.org/10.26714/nm.v3i2.8974>.
- Gupta, V., Rajagopala, M. dan Ravishankar, B. (2014) "Etiopathogenesis of cataract: An appraisal," *Indian Journal of Ophthalmology*, 62(2), hal. 103–110. Tersedia pada: <https://doi.org/10.4103/0301-4738.121141>.
- Harlina dan Aiyub (2018) "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Unit Perawatan Kritis," *JIM FKep*, 3(3), hal. 192–200.
- Havivah (2019) "Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Kabupaten Jember," *Universitas Jember* [Preprint]. Tersedia pada: <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/91071>.
- Hayati, F. (2017) "Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Wanita Menopause di Wilayah Pisangan, Ciputat Timur, Tangerang Selatan," *Keperawatan*, 5(8), hal. 11–12.
- Hernawaty, T., Ramdhani, R.I. dan Solehati, T. (2015) "Gambaran tingkat kecemasan pasien kanker serviks di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung," *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, hal. 1–10.
- Hidayat, A.I. dan Siwi, adiratna sekar (2019) "Manajemen Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi: Literature Review," *Ayan*, 8(5), hal. 55.
- Huda, A.M. (2017) *Pengaruh Pemberian Terapi Murrotal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember*.
- Idrus, M.F. (2016) "Gangguan Anxietas Menyeluruh (GAM)," *Universitas Hasanuddin*, hal. 1–17.
- Iqbal, M. (2021) "Hubungan antara tingkat kecemasan dengan peningkatan tekanan darah pada pasien pra operasi di rumah sakit bhayangkara banda aceh," hal. 6.
- Kemenkes, R. (2018) "Infodatin Situasi Gangguan Penglihatan," *Kementrian Kesehatan*

- RI Pusat Data dan Informasi*, hal. 11. Tersedia pada: <https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-Gangguan-penglihatan-2018.pdf>.
- Kustiningsih (2020) “Efektivitas Terapi Musik Dalam Menurunkan Kecemasan, Tekanan Darah Dan Pernapasan Anak Setelah Operasi,” *Intan Husada: Jurnal Ilmu Keperawatan*, 8(2), hal. 38–48. Tersedia pada: <https://doi.org/10.52236/ih.v8i2.189>.
- Kusumawardhani, I. (2016) “Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,” 4(2), hal. 2–3. Tersedia pada: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/239/>.
- Lai, H.H. *et al.* (2016) “The Relationship Between Anxiety and Overactive Bladder or Urinary Incontinence Symptoms in the Clinical Population,” *Urology*, 98, hal. 50–57. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2016.07.013>.
- Lam, D. *et al.* (2015) “Cataract,” *Nature Reviews Disease Primers*, 1(June). Tersedia pada: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.14>.
- Lemos, M.F. *et al.* (2019) “Preoperative education reduces preoperative anxiety in cancer patients undergoing surgery: Usefulness of the self-reported Beck anxiety inventory,” *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 69(1), hal. 1–6. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.07.004>.
- Listiana, S.I. dan Ngayomi, Y.W. (2020) “Penerapan Psychological First Aid Dalam Mereduksi Kecemasan Mahasiswa Semester Akhir Bimbingan Dan Konseling Fkip Umsu,” *Psikodidaktika: Jurnal Ilmu Pendidikan, Psikologi, Bimbingan dan Konseling*, 5(2), hal. 149. Tersedia pada: <https://doi.org/10.32663/psikodidaktika.v5i2.1528>.
- Liu, W. *et al.* (2022) “Research Progress on Risk Factors of Preoperative Anxiety in Children: A Scoping Review,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). Tersedia pada: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169828>.
- Moekroni, R. dan Analia. (2016) “Pengaruh Pemberian Terapi Musik Klasik dalam Menurunkan Tingkat Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan,” *Jurnal Majority*, 5, hal. 1–11.
- Murdiman, N. *et al.* (2019) “Hubungan Pemberian Informed Consent Dengan Kecemasan Pada Pasien,” *Jurnal Keperawatan*, 02(03), hal. 1–8.
- Muzaki, A.I. dan Hudiyawati, D. (2020) “Penerapan Terapi Musik pada Pasien di Ruang Intensive Care Unit: A Literature Review,” *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*, hal. 16–24. Tersedia pada: <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/xmlui/handle/11617/12346>.
- National Eye Institute (2015) “Cataract What You Should Know,” hal. 17.
- Novianti, A.C. dan Yudiarso, A. (2021) “Terapi musik sangat efektif untuk menurunkan perilaku atau gangguan kecemasan (anxiety disorder): Studi meta analisis,” *Jurnal Psikologi Udayana*, 8(1), hal. 58. Tersedia pada: <https://doi.org/10.24843/jpu.2021.v08.i01.p06>.

- Novitasari, Febriyona, R. dan Sudirman, A.N.A. (2023) “Pengaruh Terapi Musik Religi Terhadap Penurunan Tingkat Stres Pada Lansia di Panti Werdha Lks Lu Beringin Hutuo Limbato,” 3(1).
- Nurkhasanah, C. (2018) *Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember Jember Digital Digital Repository Repository Universitas Universitas Jember*.
- Padila *et al.* (2020) “Emosi Dan Hubungan Antar Sebaya Pada Anak Tunalaras Usia Sekolah Antara Terapi Musik Klasik (Mozart) dan Murottal (Surah Ar-Rahman),” 3, hal. 1–12. Tersedia pada: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Perrotta, G. (2019) “Anxiety Disorders : Definitions , Contexts , Neural Correlates And Strategic Jacobs Journal of Neurology and Neuroscience Anxiety Disorders : Definitions , Contexts , Neural Correlates And Strategic Therapy,” *Jacobs Journal of Beurology and Neuroscience*, 1(September), hal. 1–15.
- Puspita, R., Ashan, H. dan Sjaaf, F. (2019) “Profil Pasien Katarak Senilis Pada Usia 40 Tahun Keatas di RSI Siti Rahmah Tahun 2017,” *Health & Medical Journal*, 1(1), hal. 15–21. Tersedia pada: <https://doi.org/10.33854/heme.v1i1.214>.
- Rahmayati, E. dan Handayani, R.S. (2017) “Perbedaan Pengaruh Terapi Psikoreligius dengan Terapi Musik Klasik terhadap Kecemasan Pasien Pre Operatif di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung,” *Jurnal Kesehatan*, 8(2), hal. 191. Tersedia pada: <https://doi.org/10.26630/jk.v8i2.472>.
- Ramirez, D.A. *et al.* (2017) “Anxiety in patients undergoing cataract surgery: A pre- and postoperative comparison,” *Clinical Ophthalmology*, 11, hal. 1979–1986. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S146135>.
- Ray, A., Gulati, K. dan Rai, N. (2017) *Stress, Anxiety, and Immunomodulation: A Pharmacological Analysis*. 1 ed, *Vitamins and Hormones*. 1 ed. Elsevier Inc. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/bs.vh.2016.09.007>.
- Rismawan, W. (2019) “TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI DI RSUD dr.SOEKARDJO KOTA TASIKMALAYA,” *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-ilmu Keperawatan, Analis Kesehatan dan Farmasi*, 19(1), hal. 65–70. Tersedia pada: <https://doi.org/10.36465/jkbth.v19i1.451>.
- Romadhon, R. (2018) “Hubungan Antara Nilai Overactive Bladder symptom score dengan Stres, Depresi dan Kecemasan pada Mahasiswa/wi Preklinik Program Studi Kedokteran yang Menderita Overactive Bladder,” *Jurnal Kedokteran UIN Jakarta* [Preprint]. Tersedia pada: https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/47023%0Ahttps://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/47023/1/ROMI_RHOMADHON-FK.pdf.
- Romadhon, S. *et al.* (2022) “Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Tindakan Terhadap Kesembuhan Post Operasi Penderita Katarak Di Klinik Mata Yose Medan,” *Jurnal Darma Agung*, 30(3), hal. 1241. Tersedia pada: <https://doi.org/10.46930/ojsuda.v30i3.2422>.

- Saddleback (2021) "Overactive Bladder Assessment Tool," *Urology Care*, hal. 3002.
- Sahidin, D.S. (2021) "HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN MAHASISWA DENGAN HASIL PEMBELAJARAN DARING DI MASA PANDEMI COVID-19," *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), hal. 1689–1699.
- Saputri, A.W. (2019) "Pengaruh Terapi Musik Terhadap Tekanan Darah Pasien pada Tindakan Odontektomi," *Skripsi*, hal. 7–18. Tersedia pada: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/239/>.
- Savitri, A.M. (2018) "Hubungan Desain Interior Klinik Gigi Terhadap Kecemasan Pasien Sebelum Perawatan Gigi dan Mulut," 21(1), hal. 1–9. Tersedia pada: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>.
- Savitri, W., Fidayanti, N. dan Subiyanto, P. (2016) "Terapi Musik Dan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi," *Media Ilmu Kesehatan*, 5(1), hal. 1–6. Tersedia pada: <https://doi.org/10.30989/mik.v5i1.44>.
- Selvaraj, V. *et al.* (2013) "Selenium (sodium selenite) causes cytotoxicity and apoptotic mediated cell death in PLHC-1 fish cell line through DNA and mitochondrial membrane potential damage," *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 87, hal. 80–88. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2012.09.028>.
- Sheeladevi, S. *et al.* (2016) "Global prevalence of childhood cataract: A systematic review," *Eye (Basingstoke)*, 30(9), hal. 1160–1169. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1038/eye.2016.156>.
- Sherwood, L., Drabkin, G.O. dan Crandall, L.A. (2013) "Introduction to Human Physiology 8th Edition," 39(2), hal. 222. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2307/3413769>.
- Suharyanto, A. (2017) "Sejarah Lembaga Pendidikan Musik Klasik Non Formal di Kota Medan," *Gondang: Jurnal Seni dan Budaya*, 1(1), hal. 6. Tersedia pada: <https://doi.org/10.24114/gondang.v1i1.5967>.
- Sutardi, M.A.G. (2021) "Tata Laksana Insomnia," *Jurnal Medika Utama*, 02(01), hal. 402–406. Tersedia pada: <http://jurnalmedikahutama.com>.
- Suwanto, Ahmad Hasan Basri, M.U. (2016) "Effectiveness of Classical Music Therapy and Murrotal Therapy To Decrease The Level of Anxiety Patients Pre Surgery Operation," *Journals of Ners Community*, 07(November), hal. 173–187.
- Syafira, N., Suryani, roro lintang dan Utami, T. (2023) "Hubungan Antara Kecemasan Dengan Tekanan Darah Pasien Preoperasi Di Rumah Sakit Graha Husada Bandar Lampung," 4(2), hal. 425–432.
- Wahyuni, S. dan Komariah, N. (2020) "Efektifitas Terapi Murottal-Qur'an Dan Musik Klasik Terhadap Tingkat Kecemasan Ibu Bersalin Di Bpm Teti Herawati Palembang," *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(2), hal. 198–204. Tersedia pada: <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i2.248>.

LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Lembar *Informed Consent*

Informed Consent

SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN MEDIS KHUSUS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/*sebagai orang tua/*suami/*istri/*anak/*wali dari :

Nama :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

Dengan ini menyatakan SETUJU/MENOLAK untuk melakukan wawancara dan pemeriksaan kesehatan dalam penelitian **“Perbedaan Pemberian Terapi Musik Klasik dengan Terapi Murottal Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak”** dengan beberapa tindakan berupa anamnesis, pemeriksaan tekanan darah, pengisian kuesioner dan peninjauan diagnosis medis melalui rekam medis. Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan tindakan tersebut, serta kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Ketua Peneliti

Bojonegoro, 2023

Yang membuat pernyataan,

(Balqis Alfaya Nurwahida)

(.....)

*Coret yang tidak perlu

Lampiran 3.2 Lembar pengumpulan data

<i>Delegation of Duty:</i> Balqis Alfaya Nurwahida	No. Penelitian:
---	-----------------

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

Tanggal Penelitian : 2023

01. Nama Pasien			
02. Jenis Kelamin a. Laki-laki b. Perempuan		03. Usia	
04. Agama		05. Berat Badan	
06. Tinggi Badan		07. IMT	
08. Pendidikan a. Tidak sekolah b. SD c. SMP d. SMA e. Perguruan tinggi		09. Pekerjaan a. Bekerja b. Tidak bekerja	
10. Intervensi yang diberikan a. Musik klasik b. Murottal			
11. Diagnosis Medis		12. Kriteria Eksklusi a. Gangguan Pendengaran b. Terapi ansiolitik c. Gangguan psikiatri d. Tidak kooperatif	
13. Total skor State Anxiety Inventory (S-AI)			
Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi	
Kategori:		Kategori:	
14. Total skor Overactive Bladder Symptoms Score (OABSS)			
15. Tekanan Darah			
Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi	
a. Pemeriksaan 1: b. Pemeriksaan 2:		a. Pemeriksaan 1: b. Pemeriksaan 2:	
16. Denyut Nadi		17. Respirasi Rate	
Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi	Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi
18. Respon Bicara			

Lampiran 3.3 Kuesioner *State Anxiety Inventory* (S-AI)

<i>Delegation of Duty:</i> Balqis Alfaya Nurwahida	No. Penelitian:
Penilaian	
<input type="checkbox"/> Sebelum Intervensi	<input type="checkbox"/> Sesudah Intervensi

KUESIONER STATE ANXIETY INVENTORY (S-AI)

PETUNJUK PENGISIAN:

Memberikan **tanda centang (√)** pada respon yang tepat menunjukkan perasaan sekarang atau pada saat ini.

No	Pertanyaan	Tidak Merasakan Sama Sekali	Sedikit Merasakan	Cukup Merasakan	Sangat Merasakan	Skor
1.	Saya merasa tenang					
2.	Saya merasa aman					
3.	Saya tegang					
4.	Saya merasa tertekan					
5.	Saya merasa tenang					
6.	Saya merasa kesal/marah					
7.	Saya sekarang khawatir dengan kemungkinan ketidakberuntungan					
8.	Saya merasa lega					
9.	Saya merasa takut					
10.	Saya merasa nyaman					
11.	Saya merasakan kepercayaan diri					
12.	Saya merasa gugup					
13.	Saya merasa gelisah					
14.	Saya merasa bimbang					
15.	Saya merasa santai					
16.	Saya merasakan kepuasan					
17.	Saya khawatir					
18.	Saya merasa bingung					
19.	Saya merasa mantap/yakin					
20.	Saya merasa senang					
Total skor						

Lampiran 3.4 Kuesioner *Overactive Bladder Symptoms Score* (OABSS)

<i>Delegation of Duty:</i> Balqis Alfaya Nurwahida	No. Penelitian:	Penilaian	
		<input type="checkbox"/> Sebelum Intervensi	<input type="checkbox"/> Sesudah Intervensi

KUESIONER OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS SCORE (OABSS)**PETUNJUK PENGISIAN:**

Memberikan **tanda centang (√)** pada respon yang tepat menunjukkan perasaan **sekarang atau pada saat ini**.

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	1 kali sehari	3 kali sehari	Sepuluh waktu	Sering sekali	Skor
1.	Seberapa sering mengalami dorongan kuat dan tiba-tiba ingin BAK, sehingga membuat Anda takut mengompol bila tidak segera ke toilet?							
2.	Seberapa sering Anda mengompol karena sulit menahan keinginan yang mendadak untuk berkemih?							
		Tidak ada	Setetes	1 sendok teh	1 sedok makan	¼ cangkir	Seluruh kandungan kemih	
3.	Berapa banyak air kencing yang Anda keluarkan saat mengompol?							
		1-6 kali	7-8 kali	9-10 kali	11-12 kali	13-14 kali	≥ 15 kali	
4.	Seberapa sering Anda BAK saat ini?							
		Tidak sama sekali	1 kali	2 kali	3 kali	4 kali	≥ 5 kali	
5.	Berapa kali Anda terbangun untuk BAK dari mulai Anda tidur di malam hari sampai Anda bangun di pagi hari ini?							
TOTAL SKOR								

Lampiran 3.5 *Ethical Clearance* Penelitian

	KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITY OF JEMBER)
<u>No.2206 /UN25.8/KEPK/DL/2023</u>	
Title of research protocol :	" The Difference Between Classical Music Therapy and Murottal Therapy towards Anxiety Stage of Preoperative Cataract Patient "
Document Approved :	Research Protocol
Principal investigator :	Balqis Alfaya Nurwahida
Member of research :	-
Physician :	-
Date of approval :	August-October 2023
Place of research :	Sumberrejo Regional General Hospital (RSUD Sumberrejo)
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry University of Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p> <p style="text-align: right;">Jember, August 04th 2023</p> <p style="text-align: center;">Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry University of Jember</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="margin-left: 20px;">  Dwi Prijatmoko, Ph.D.) </div> </div>	

Lampiran 3.6 Surat izin enelitian Bakesbangpol Bojonegoro



PEMERINTAH KABUPATEN BOJONEGORO
SEKRETARIAT DAERAH

Jl. P. Mas Tumapel No. 01 Telp. (0353) 881826
 BOJONEGORO, Kode Pos 62111

Bojonegoro, 19 Juli 2023

Nomor : 070/270 /412.215/2023
 Sifat : Segera
 Lampiran : -
 Hal : **Penerbitan Surat
 Keterangan Penelitian**

Kepada

Yth. Sdr. 1. Kepala Organisasi Perangkat
 Daerah Kabupaten Bojonegoro
 2. Camat se-Kabupaten Bojonegoro
 3. Kepala Desa se-Kabupaten
 Bojonegoro

di -

BOJONEGORO

Bahwa berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2018 Pasal 5 ayat (2) bahwa penerbitan Surat Keterangan Penelitian dikecualikan terhadap :

- a. Penelitian yang dilakukan dalam rangka tugas akhir Pendidikan/sekolah di dalam negeri;
- b. Penelitian yang dilakukan instansi Pemerintah yang bersumber pendanaan penelitiannya berasal dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara / Anggaran Pendapatan Belanja Daerah.

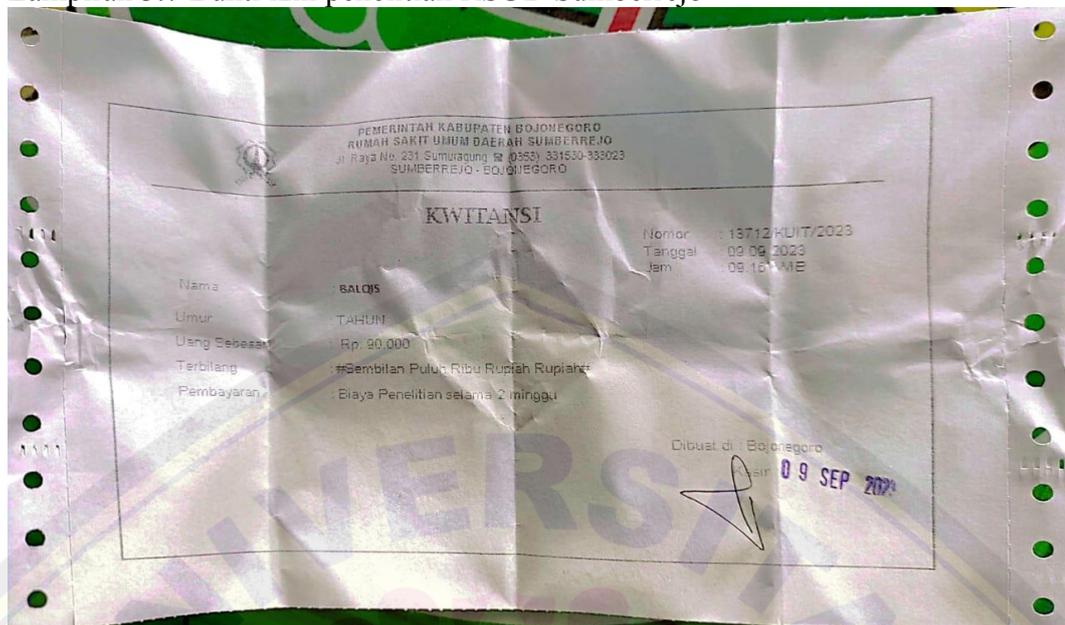
Dengan ini disampaikan bahwa Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bojonegoro tidak lagi mengeluarkan Surat Keterangan Penelitian (SKP) untuk jenis penelitian sebagaimana dimaksud.

Demikian untuk menjadikan maklum

An. **BUPATI BOJONEGORO**
 Sekretaris Daerah

Dra. NURUL AZIZAH, MM.
 Pembina Utama Madya
 NIP. 19690405 198809 2 001

Lampiran 3.7 Bukti izin penelitian RSUD Sumberrejo



Lampiran 4.1 Dokumentasi alat dan bahan



CS Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 4.2 Dokumentasi pengambilan sampel



Lampiran 4.3 Rekapitulasi data karakteristik sampel penelitian

Kode Sampel	Perlakuan	Rekam Medis	Jenis Kelamin (L/P)	Usia (tahun)	Agama	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan
A01	1	70162	L	62	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A02	1	73126	L	65	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A03	1	55312	P	62	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A04	1	64412	L	59	ISLAM	SD	Bekerja
A05	1	60189	L	52	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A06	1	69040	P	52	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A07	1	64825	P	45	ISLAM	SD	Tidak bekerja
A08	1	20901	L	53	ISLAM	SMP	Bekerja
A09	1	65345	L	65	ISLAM	SD	Bekerja
A10	1	70514	L	41	ISLAM	SD	Bekerja
A11	1	70002	P	64	ISLAM	SD	Bekerja
A12	1	70721	P	65	ISLAM	Tidak sekolah	Bekerja
A13	1	69953	L	63	ISLAM	SD	Bekerja
A14	1	32688	L	64	ISLAM	SD	Tidak bekerja
B01	2	60189	P	65	ISLAM	SD	Tidak bekerja
B02	2	52112	P	65	ISLAM	SD	Tidak bekerja
B03	2	67731	L	49	ISLAM	SMP	Bekerja
B04	2	63725	L	65	ISLAM	SD	Tidak bekerja
B05	2	65993	P	52	ISLAM	SD	Tidak bekerja
B06	2	70508	P	64	ISLAM	Tidak sekolah	Bekerja
B07	2	69835	P	65	ISLAM	Tidak sekolah	Bekerja
B08	2	70415	L	54	ISLAM	SMP	Bekerja
B09	2	66786	P	65	ISLAM	Tidak sekolah	Tidak bekerja
B10	2	29440	P	61	ISLAM	Tidak sekolah	Tidak bekerja
B11	2	69837	L	59	ISLAM	SMA	Bekerja
B12	2	70700	L	61	ISLAM	SD	Bekerja
B13	2	53193	P	65	ISLAM	Tidak sekolah	Bekerja
B14	2	70769	L	65	ISLAM	SD	Bekerja

Lampiran 4.4 Rekapitulasi data variabel penelitian

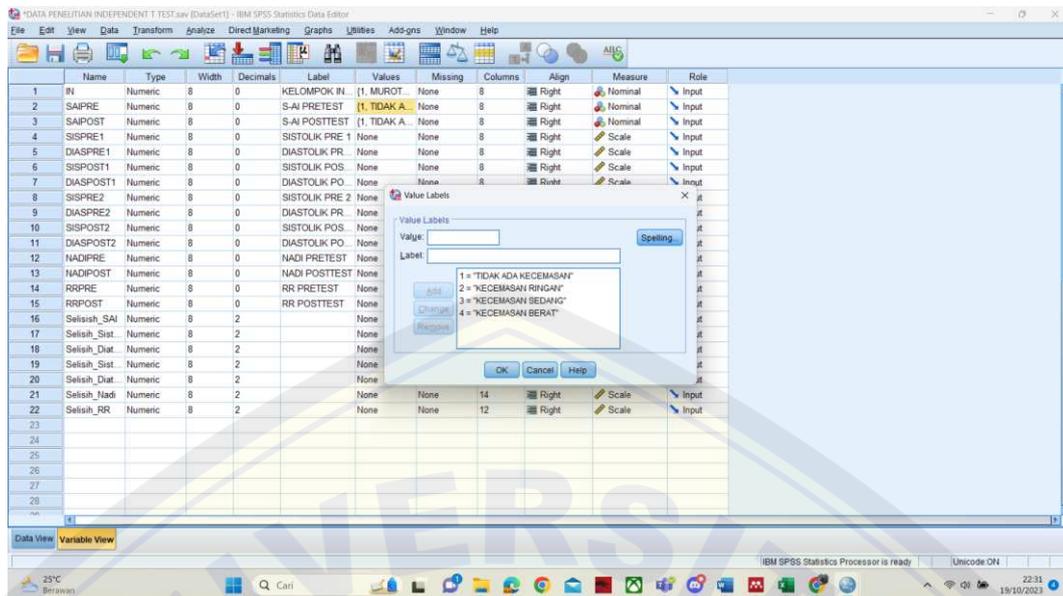
Kode Sampel	Perlakuan	S-AI PRETEST	S-AI POSTEST	NADI PRETEST	NADI POSTEST	RR PRETEST	RR POSTEST
A01	1	31	20	80	76	16	12
A02	1	31	21	50	48	18	16
A03	1	42	32	64	56	14	12
A04	1	22	20	60	64	22	18
A05	1	38	21	68	60	16	18
A06	1	38	20	60	60	12	16
A07	1	37	22	84	80	16	16
A08	1	35	20	68	68	16	14
A09	1	35	20	60	60	24	12
A10	1	33	20	68	72	18	16
A11	1	34	21	60	60	20	20
A12	1	34	20	68	64	20	16
A13	1	31	20	72	68	22	20
A14	1	29	20	60	60	20	18
B01	2	38	23	60	68	12	12
B02	2	39	22	68	72	24	12
B03	2	39	20	64	60	20	18
B04	2	41	23	72	68	16	12
B05	2	37	21	64	80	10	9
B06	2	37	20	76	72	10	12
B07	2	36	20	72	68	16	16
B08	2	36	20	68	65	20	16
B09	2	30	20	84	80	20	12
B10	2	35	20	80	80	16	14
B11	2	29	20	60	60	20	16
B12	2	34	20	60	60	24	20
B13	2	37	20	75	64	12	14
B14	2	32	20	72	64	20	18

Kode Sampel	Perlakuan	SIS PRE1	DIAS PRE1	SIS POST1	DIAS POST1	SIS PRE2	DIAS PRE2	SIS POST2	DIAS POST2
A01	1	150	100	130	90	140	100	130	90
A02	1	120	60	120	70	120	80	120	70
A03	1	140	90	130	90	130	90	125	85
A04	1	140	90	130	80	140	90	130	80
A05	1	160	100	140	100	150	100	145	90
A06	1	140	100	120	90	135	100	130	95
A07	1	110	80	110	80	110	80	110	80
A08	1	120	90	110	90	130	90	110	80
A09	1	130	90	110	80	140	90	120	90
A10	1	110	90	110	80	110	90	110	80
A11	1	100	80	100	70	110	80	100	60
A12	1	150	90	150	90	150	80	140	80
A13	1	120	80	120	80	120	80	120	75
A14	1	130	70	130	70	130	70	130	70
B01	2	110	90	110	90	120	90	110	80
B02	2	160	100	130	100	160	90	140	90
B03	2	130	80	120	80	130	80	120	80
B04	2	180	100	160	90	180	90	150	85
B05	2	110	80	100	70	110	80	100	80
B06	2	150	95	130	90	150	90	130	85
B07	2	135	90	110	80	130	90	110	80
B08	2	120	90	100	80	120	80	110	80
B09	2	140	80	120	75	135	75	125	75
B10	2	170	90	140	80	150	85	140	80
B11	2	130	80	130	80	135	80	130	95
B12	2	180	100	170	90	170	100	165	90
B13	2	120	80	110	75	120	80	110	80
B14	2	110	60	110	60	110	70	110	70

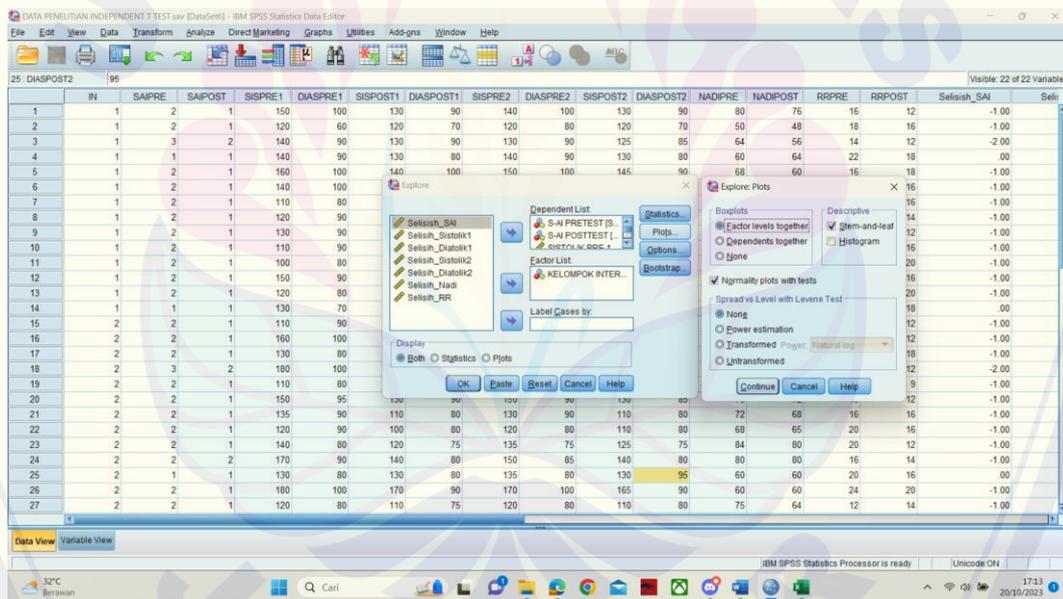
Lampiran 4.5 Prosedur uji statistik normalitas dan uji statistik homogenitas

Langkah 1: input data penelitian dengan coding yang ditentukan peneliti pada *Data View*

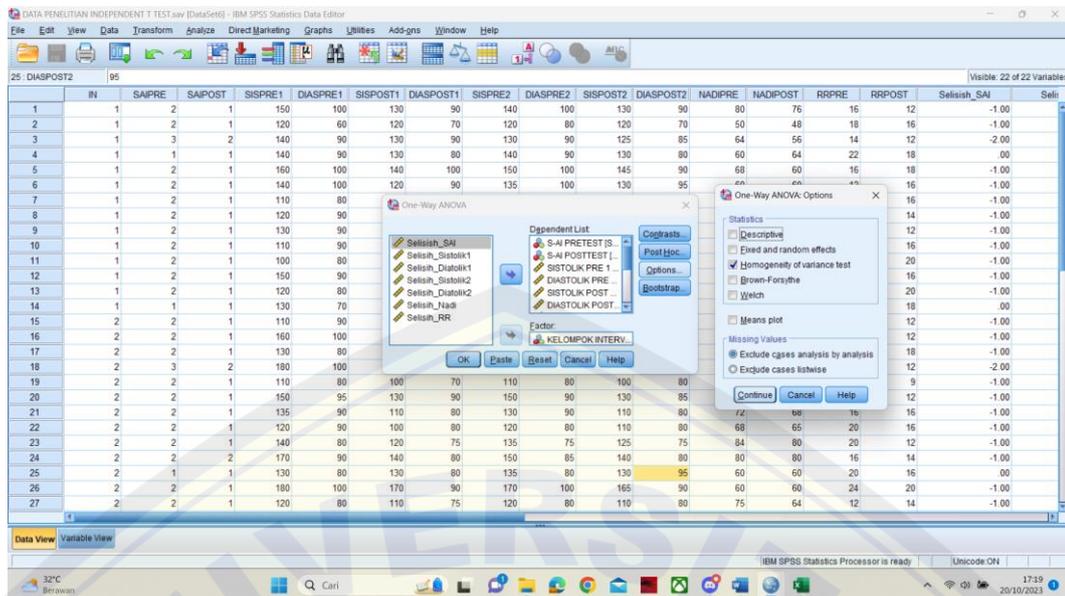
Langkah 2: input data variabel jenis intervensi pada kolom *Value*



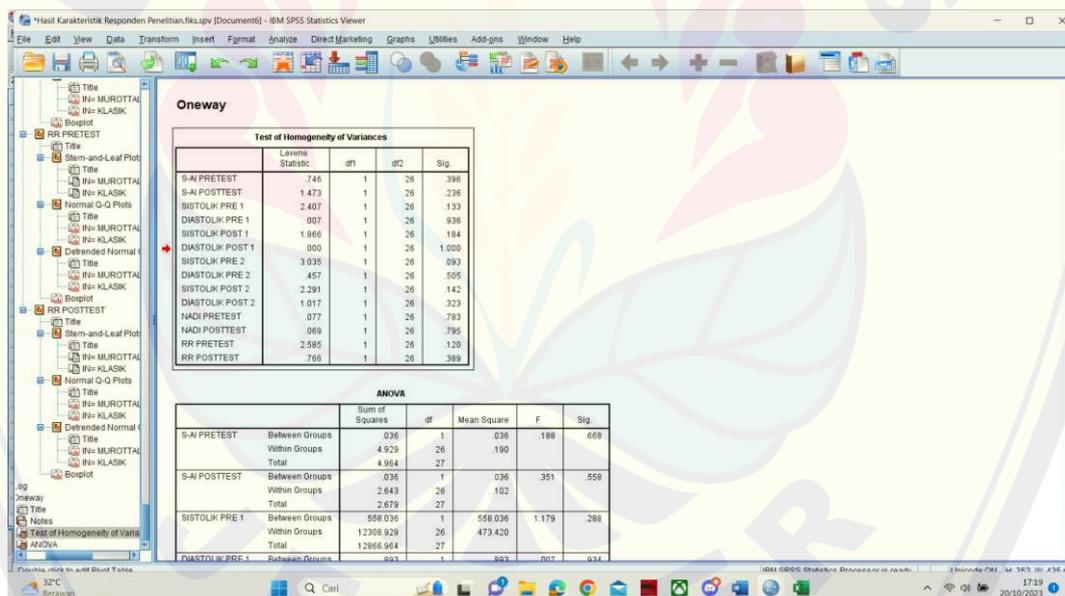
Langkah 3: input data variabel jenis tingkat kecemasan sesuai yang ditentukan peneliti pada kolom *Value*



Langkah 4: klik *Analyze > Descriptive Statistic > Explore > input Dependent List dan Factor List > Plots > tekan tanda centang pada Normality plots with tests > Continue > OK*



Langkah 5: Klik *Analyze* > *Compare Means* > *One Way ANOVA* > input *Dependent List* dan *Factor* > *Options* > tekan tanda centang pada *Homogeneity of variance test* > *Continue* > *OK*



Langkah 6: Melihat dan menginterpretasikan data pada *Output Window* > *Tests of Normality* variabel-variabel penelitian dan *Test of Homogeneity of Variances*

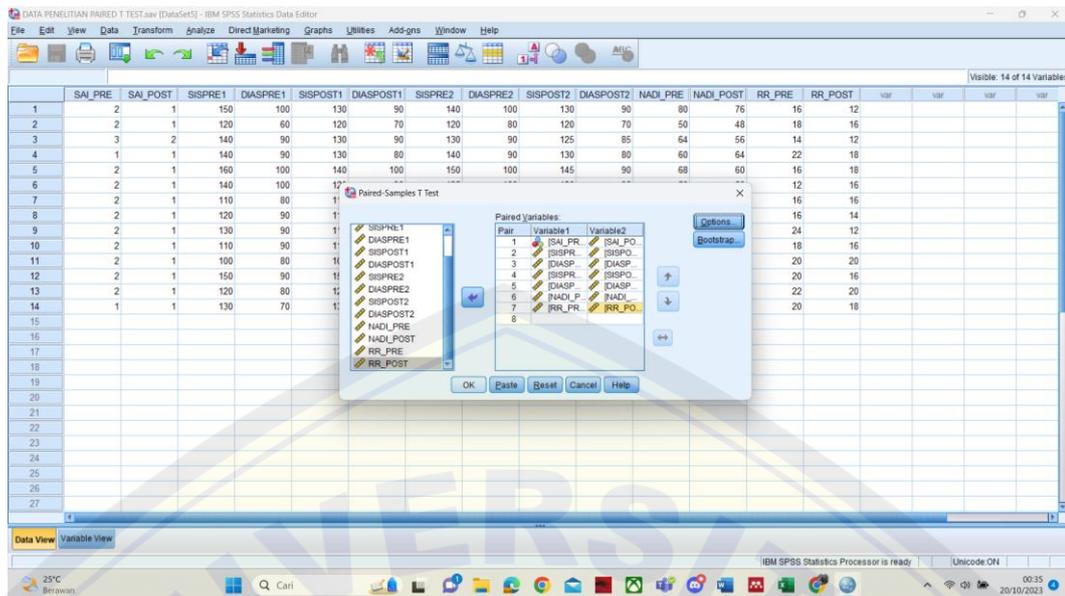
Lampiran 4.6 Prosedur uji statistik *paired T-test*

	SAI_PRE	SAI_POST	SISPRE1	DIASPRE1	SISPOST1	DIASPOST1	SISPRE2	DIASPRE2	SISPOST2	DIASPOST2	NADI_PRE	NADI_POST	RR_PRE	RR_POST	var	var	var	var
1	2	1	150	100	130	90	140	100	130	90	80	76	16	12				
2	2	1	120	60	120	70	120	80	120	70	50	48	18	16				
3	3	2	140	90	130	90	130	90	125	85	64	56	14	12				
4	1	1	140	90	130	80	140	90	130	80	60	64	22	18				
5	2	1	160	100	140	100	150	100	145	90	68	60	16	18				
6	2	1	140	100	120	90	135	100	130	95	60	60	12	16				
7	2	1	110	80	110	80	110	80	110	80	84	80	16	16				
8	2	1	120	90	110	90	130	90	110	80	68	68	16	14				
9	2	1	130	90	110	80	140	90	120	90	60	60	24	12				
10	2	1	110	90	110	80	110	90	110	80	68	72	18	16				
11	2	1	100	80	100	70	110	80	100	60	60	60	20	20				
12	2	1	150	90	150	90	150	80	140	80	68	64	20	16				
13	2	1	120	80	120	80	120	80	120	75	72	68	22	20				
14	1	1	130	70	130	70	130	70	130	70	60	60	20	18				
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		

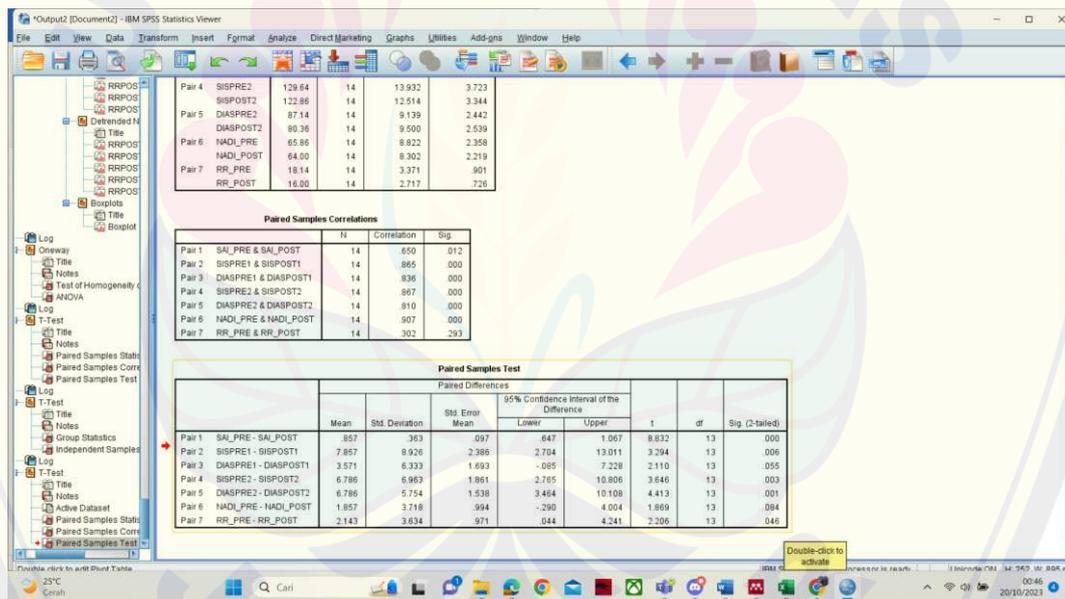
Langkah 1: input data penelitian dengan coding yang ditentukan peneliti pada *Data View* untuk masing-masing intervensi (murottal dan klasik)

The screenshot shows the 'Analyze' menu open, with the following path selected: **Analyze** > **Compare Means** > **Paired-Samples T Test...**. The background data table is visible, showing the same 14 variables and 27 rows of data as in the previous screenshot.

Langkah 2: klik *Analyze > Compare Means > Paired t Test*



Langkah 3: input *Paired Variables* pada *Variable1* berupa *pretest* dan *Variable2* berupa *posttest* > OK



Langkah 4: Melihat dan menginterpretasikan *Output Window* uji *Paired t Test*

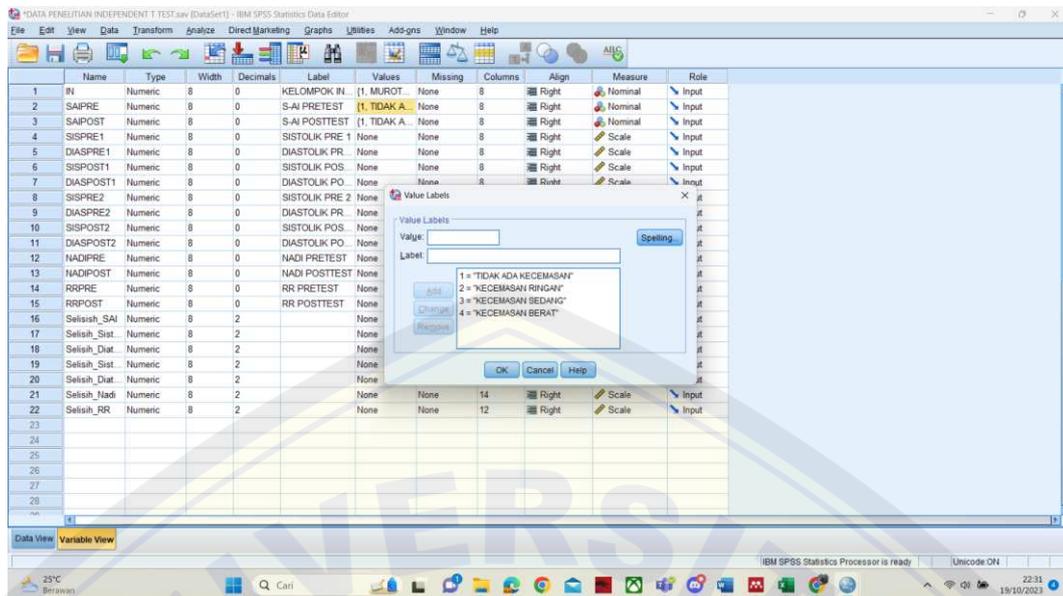
Lampiran 4.7 Prosedur uji statistik *independent T-test*

	IN	SAIPRE	SAIPRE1	SAIPRE2	SAIPRE3	SAIPRE4	SAIPRE5	SAIPRE6	SAIPRE7	SAIPRE8	SAIPRE9	SAIPRE10	SAIPRE11	SAIPRE12	SAIPRE13	SAIPRE14	SAIPRE15	SAIPRE16	SAIPRE17	SAIPRE18	SAIPRE19	SAIPRE20	SAIPRE21	SAIPRE22	Selisih_SAI	Selisih_SAI
1	1	2	1	150	100	130	90	140	100	130	90	80	76	16	12											-1.00
2	1	2	1	120	60	120	70	120	80	120	70	50	48	18	16											-1.00
3	1	3	2	140	90	130	90	130	90	125	85	64	56	14	12											-2.00
4	1	1	1	140	90	130	80	140	90	130	80	60	64	22	18											0.00
5	1	2	1	160	100	140	100	150	100	145	90	68	60	16	18											-1.00
6	1	2	1	140	100	120	90	135	100	130	95	60	60	12	16											-1.00
7	1	2	1	110	80	110	80	110	80	110	80	84	80	16	16											-1.00
8	1	2	1	120	90	110	90	130	90	110	80	68	68	16	14											-1.00
9	1	2	1	130	90	110	80	140	90	120	90	60	60	24	12											-1.00
10	1	2	1	110	90	110	80	110	90	110	80	68	72	18	16											-1.00
11	1	2	1	100	80	100	70	110	80	100	60	60	60	20	20											-1.00
12	1	2	1	150	90	150	90	150	80	145	80	68	64	20	16											-1.00
13	1	2	1	120	80	120	80	120	80	120	75	72	68	22	20											-1.00
14	1	1	1	130	70	130	70	130	70	130	70	60	60	20	18											0.00
15	2	2	1	110	90	110	90	120	90	110	80	60	68	12	12											-1.00
16	2	2	1	160	100	130	100	160	90	140	90	68	72	24	12											-1.00
17	2	2	1	130	80	120	80	130	80	120	80	64	60	20	18											-1.00
18	2	3	2	180	100	160	90	180	90	150	85	72	68	16	12											-2.00
19	2	2	1	110	80	100	70	110	80	100	80	64	80	10	9											-1.00
20	2	2	1	150	95	130	90	150	90	130	85	76	72	10	12											-1.00
21	2	2	1	135	90	110	80	130	90	110	80	72	68	16	16											-1.00
22	2	2	1	120	90	100	80	120	80	110	80	68	65	20	16											-1.00
23	2	2	1	140	80	120	75	135	75	125	75	84	80	20	12											-1.00
24	2	2	2	170	90	140	80	150	85	140	80	80	80	16	14											-1.00
25	2	1	1	130	80	130	80	135	80	130	95	60	60	20	16											0.00
26	2	2	1	180	100	170	90	170	100	165	90	60	60	24	20											-1.00
27	2	2	1	120	80	110	75	120	80	110	80	75	64	12	14											-1.00

Langkah 1: input data penelitian dengan coding yang ditentukan peneliti pada *Data View*

Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role	
1	IN	Numeric	8	0	KELOMPOK IN	(1, MURROT)	None	8	Right	Nominal	Input
2	SAIPRE	Numeric	8	0	S-AI PRETEST	(1, TIDAK A)	None	8	Right	Nominal	Input
3	SAIPRE1	Numeric	8	0	S-AI POSTTEST	(1, TIDAK A)	None	8	Right	Nominal	Input
4	SISPRE1	Numeric	8	0	SISTOLK PRE 1		None	8	Right	Scale	Input
5	DIASPRE1	Numeric	8	0	DIASSTOLK PR		None	8	Right	Scale	Input
6	SISPOST1	Numeric	8	0	SISTOLK POS		None	8	Right	Scale	Input
7	DIASPOST1	Numeric	8	0	DIASSTOLK PO		None	8	Right	Scale	Input
8	SISPRE2	Numeric	8	0	SISTOLK PRE 2		None	8	Right	Scale	Input
9	DIASPRE2	Numeric	8	0	DIASSTOLK PR		None	8	Right	Scale	Input
10	SISPOST2	Numeric	8	0	SISTOLK POS		None	8	Right	Scale	Input
11	DIASPOST2	Numeric	8	0	DIASSTOLK PO		None	8	Right	Scale	Input
12	NADIPRE	Numeric	8	0	NADI PRETEST		None	8	Right	Scale	Input
13	NADIPOST	Numeric	8	0	NADI POSTTEST		None	8	Right	Scale	Input
14	RRPRE	Numeric	8	0	RR PRETEST		None	8	Right	Scale	Input
15	RRPOST	Numeric	8	0	RR POSTTEST		None	8	Right	Scale	Input
16	Selisih_SAI	Numeric	8	2			None	8	Right	Scale	Input
17	Selisih_Sist	Numeric	8	2			None	8	Right	Scale	Input
18	Selisih_Diat	Numeric	8	2			None	8	Right	Scale	Input
19	Selisih_Sist	Numeric	8	2			None	8	Right	Scale	Input
20	Selisih_Diat	Numeric	8	2			None	8	Right	Scale	Input
21	Selisih_Nadi	Numeric	8	2			None	14	Right	Scale	Input
22	Selisih_RR	Numeric	8	2			None	12	Right	Scale	Input

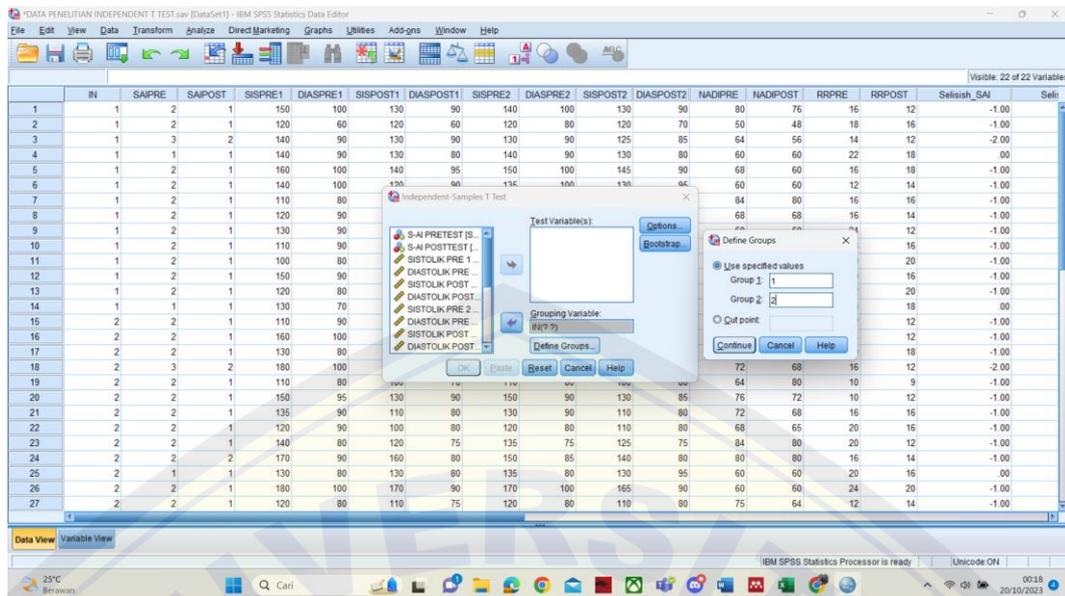
Langkah 2: input data variabel jenis intervensi pada kolom *Value*



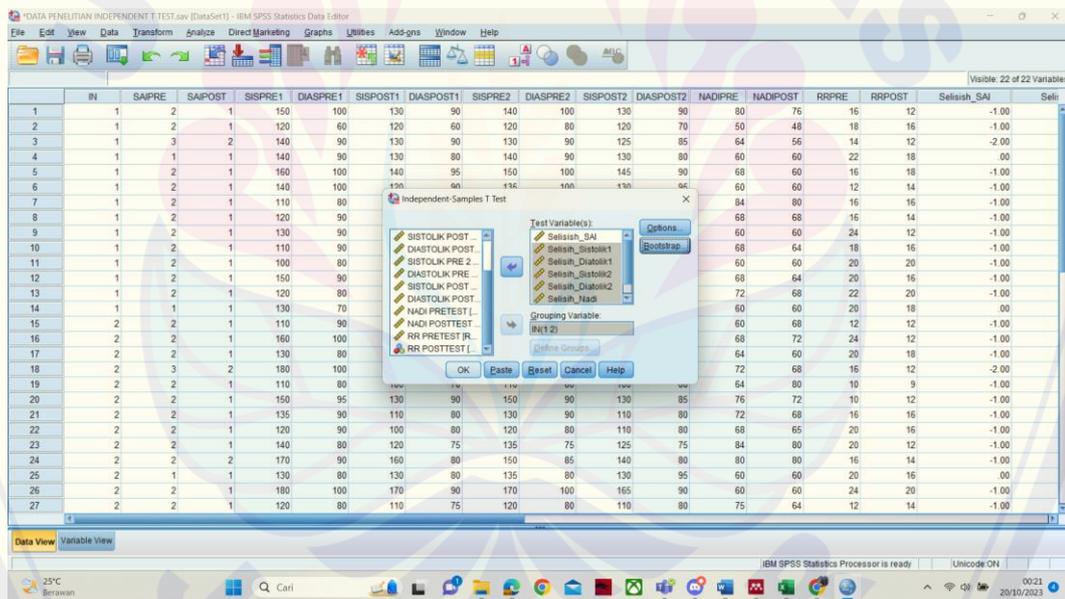
Langkah 3: input data variabel jenis tingkat kecemasan sesuai yang ditentukan peneliti pada kolom *Value*



Langkah 4: Klik *Transform* > *Compute Variable* > input *Target Variable* berupa *Selisish* > input *Numeric Expression* berupa pengurangan *pretest posttest* > OK



Langkah 5: Klik *Analyze > Compare Means > Independent t Test* > input *Grouping Variable > Define Groups > input group > Continue*



Langkah 6: Input *Test Variable* berupa selisih dari variabel-variabel penelitian > OK

		Levene's Test for Equality of Variances					T-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
									Lower	Upper	
Selsish_SAI	Equal variances assumed	.746	.396	.434	26	.668	.07143	.16456	-.26683	4.0869	
	Equal variances not assumed			.434	25.109	.668	.07143	.16456	-.26742	4.1027	
Selsish_Distotik1	Equal variances assumed	.665	.422	1.211	26	.237	3.92857	3.24467	-2.74094	10.59808	
	Equal variances not assumed			1.211	25.830	.237	3.92857	3.24467	-2.74307	10.60021	
Selsish_Diatotik1	Equal variances assumed	1.098	.304	.395	26	.696	.71429	1.81027	-3.00678	4.43535	
	Equal variances not assumed			.395	25.819	.696	.71429	1.81027	-3.00805	4.43662	
Selsish_Distotik2	Equal variances assumed	.035	.853	1.921	26	.066	5.35714	2.78937	-.37650	11.09079	
	Equal variances not assumed			1.921	25.691	.066	5.35714	2.78937	-.37966	11.09415	
Selsish_Diatotik2	Equal variances assumed	.001	.972	-2.015	26	.054	-4.64286	2.30393	-9.37865	.09293	
	Equal variances not assumed			-2.015	25.694	.054	-4.64286	2.30393	-9.38139	.09568	
Selsish_Nadi	Equal variances assumed	3.676	.066	-.871	26	.392	-1.71429	1.96795	-5.75947	2.33090	
	Equal variances not assumed			-.871	17.595	.395	-1.71429	1.96795	-5.85563	2.42705	
Selsish_RR	Equal variances assumed	.439	.513	.368	26	.716	50.000	1.35714	-2.28965	3.26965	
	Equal variances not assumed			.368	25.743	.716	50.000	1.35714	-2.29100	3.29100	

Langkah 7: Melihat dan menginterpretasi Output Window uji Independent t Test

Lampiran 4.8 Hasil uji statistik *paired T-test* kelompok murottal

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	SAI_PRE	1.93	14	.475	.127
	SAI_POST	1.07	14	.267	.071
Pair 2	SISPRE1	130.00	14	17.541	4.688
	SISPOST1	122.14	14	13.688	3.658
Pair 3	DIASPRE1	86.43	14	11.507	3.075
	DIASPOST1	82.86	14	9.139	2.442
Pair 4	SISPRE2	129.64	14	13.932	3.723
	SISPOST2	122.86	14	12.514	3.344
Pair 5	DIASPRE2	87.14	14	9.139	2.442
	DIASPOST2	80.36	14	9.500	2.539
Pair 6	NADI_PRE	65.86	14	8.822	2.358
	NADI_POST	64.00	14	8.302	2.219
Pair 7	RR_PRE	18.14	14	3.371	.901
	RR_POST	16.00	14	2.717	.726

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	SAI_PRE & SAI_POST	14	.650	.012
Pair 2	SISPRE1 & SISPOST1	14	.865	.000
Pair 3	DIASPRE1 & DIASPOST1	14	.836	.000
Pair 4	SISPRE2 & SISPOST2	14	.867	.000
Pair 5	DIASPRE2 & DIASPOST2	14	.810	.000
Pair 6	NADI_PRE & NADI_POST	14	.907	.000
Pair 7	RR_PRE & RR_POST	14	.302	.293

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	SAI_PRE - SAI_POST	.857	.363	.097	.647	1.067	8.832	13	.000
Pair 2	SISPRE1 - SISPOST1	7.857	8.926	2.386	2.704	13.011	3.294	13	.006

Pair	DIASPRE1 -								
3	DIASPOST1	3.571	6.333	1.693	-.085	7.228	2.110	13	.055
Pair	SISPRE2 -								
4	SISPOST2	6.786	6.963	1.861	2.765	10.806	3.646	13	.003
Pair	DIASPRE2 -								
5	DIASPOST2	6.786	5.754	1.538	3.464	10.108	4.413	13	.001
Pair	NADI_PRE -								
6	NADI_POST	1.857	3.718	.994	-.290	4.004	1.869	13	.084
Pair	RR_PRE -								
7	RR_POST	2.143	3.634	.971	.044	4.241	2.206	13	.046



Lampiran 4.9 Hasil uji statistik *paired T-test* kelompok klasik

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 SAI_PRE	2.00	14	.392	.105
SAI_POST	1.00	14	.000	.000
Pair 2 SISTOLIK1PRE	138.93	14	25.281	6.757
SISTOLIK1POST	124.29	14	21.018	5.617
Pair 3 DIASTOLIK1PRE	86.79	14	11.026	2.947
DIASTOLIK1POST	81.43	14	10.082	2.695
Pair 4 SISTOLIK2PPRE	137.14	14	21.901	5.853
SISTOLIK2POST	125.00	14	18.605	4.972
Pair 5 DIASTOLIK2PRE	84.29	14	7.810	2.087
DIASTOLIK2POST	82.14	14	6.419	1.716
Pair 6 NADI_PRE	69.64	14	7.581	2.026
NADI_POST	68.64	14	7.292	1.949
Pair 7 RR_PRE	17.14	14	4.753	1.270
RR_POST	14.36	14	3.079	.823

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 SAI_PRE & SAI_POST	14	.	.
Pair 2 SISTOLIK1PRE & SISTOLIK1POST	14	.914	.000
Pair 3 DIASTOLIK1PRE & DIASTOLIK1POST	14	.909	.000
Pair 4 SISTOLIK2PPRE & SISTOLIK2POST	14	.939	.000
Pair 5 DIASTOLIK2PRE & DIASTOLIK2POST	14	.608	.021
Pair 6 NADI_PRE & NADI_POST	14	.586	.028
Pair 7 RR_PRE & RR_POST	14	.611	.020

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper		

Pair 1	SAI_PRE - SAI_POST	1.000	.392	.105	.774	1.226	9.539	13	.000
Pair 2	SISTOLIK1PRE - SISTOLIK1POST	14.64 3	10.463	2.796	8.602	20.684	5.236	13	.000
Pair 3	DIASTOLIK1PRE - DIASTOLIK1POST	5.357	4.584	1.225	2.710	8.004	4.372	13	.001
Pair 4	SISTOLIK2PPRE - SISTOLIK2POST	12.14 3	7.774	2.078	7.654	16.632	5.844	13	.000
Pair 5	DIASTOLIK2PRE - DIASTOLIK2POST	2.143	6.419	1.716	-1.564	5.849	1.249	13	.234
Pair 6	NADI_PRE - NADI_POST	1.000	6.771	1.810	-2.909	4.909	.553	13	.590
Pair 7	RR_PRE - RR_POST	2.786	3.766	1.006	.611	4.960	2.768	13	.016

Lampiran 4.10 Hasil uji statistik *independent T-test*

	KELOMPOK INTERVENSI	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Selisish_SAI	MUROTTAL	14	-.9286	.47463	.12685
	KLASIK	14	-1.0000	.39223	.10483
Selisih_Sistolik1	MUROTTAL	14	-7.8571	8.92582	2.38553
	KLASIK	14	-11.7857	8.22920	2.19935
Selisih_Diatolik1	MUROTTAL	14	-4.6429	4.98624	1.33263
	KLASIK	14	-5.3571	4.58437	1.22523
Selisih_Sistolik2	MUROTTAL	14	-6.7857	6.96341	1.86105
	KLASIK	14	-12.1429	7.77429	2.07777
Selisih_Diatolik2	MUROTTAL	14	-6.7857	5.75364	1.53773
	KLASIK	14	-2.1429	6.41941	1.71566
Selisih_Nadi	MUROTTAL	14	-2.7143	2.89372	.77338
	KLASIK	14	-1.0000	6.77098	1.80962
Selisih_RR	MUROTTAL	14	-2.2857	3.40652	.91043
	KLASIK	14	-2.7857	3.76581	1.00645

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Selisish_SAI	Equal variances assumed	.746	.396	.434	26	.668	.07143	.16456	-.26683	.40969
	Equal variances not assumed			.434	25.109	.668	.07143	.16456	-.26742	.41027
Selisih_Sistolik1	Equal variances assumed	.665	.422	1.211	26	.237	3.92857	3.24467	-2.74094	10.59808

	Equal variances not assumed			1.21 1	25.8 30	.237	3.92857	3.24467	- 2.74307	10.6002 1
Selish_Di atolik1	Equal variances assumed	1.098	.304	.395	26	.696	.71429	1.81027	- 3.00678	4.43535
	Equal variances not assumed			.395	25.8 19	.696	.71429	1.81027	- 3.00805	4.43662
Selish_Si stolik2	Equal variances assumed	.035	.853	1.92 1	26	.066	5.35714	2.78937	-.37650	11.0907 9
	Equal variances not assumed			1.92 1	25.6 91	.066	5.35714	2.78937	-.37986	11.0941 5
Selish_Di atolik2	Equal variances assumed	.001	.972	- 2.01 5	26	.054	- 4.64286	2.30393	- 9.37865	.09293
	Equal variances not assumed			- 2.01 5	25.6 94	.054	- 4.64286	2.30393	- 9.38139	.09568
Selish_N adi	Equal variances assumed	3.676	.066	-.871	26	.392	1.71429	1.96795	- 5.75947	2.33090
	Equal variances not assumed			-.871	17.5 95	.395	- 1.71429	1.96795	- 5.85563	2.42705
Selish_R R	Equal variances assumed	.439	.513	.368	26	.716	.50000	1.35714	- 2.28965	3.28965
	Equal variances not assumed			.368	25.7 43	.716	.50000	1.35714	- 2.29100	3.29100