



**HUBUNGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL  
DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRA  
OPERASI DI RUMAH SAKIT DAERAH  
dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh  
**Wahyu Qur'ana**  
**NIM 082310101007**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN 2012**



**HUBUNGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL  
DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRA  
OPERASI DI RUMAH SAKIT DAERAH  
dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh  
**Wahyu Qur'ana**  
**NIM 082310101007**

**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
**2012**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL  
DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRA  
OPERASI DI RUMAH SAKIT DAERAH  
dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh  
Wahyu Qur'ana  
NIM 082310101007

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.

## PERSEMBAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD. dr Soebandi Kabupaten Jember” ini khusus saya persembahkan untuk:

1. ayahanda Drs. Rohim Z., ibunda Imro'atun Solichah, yang selalu memberikan doa, motivasi dan semangat demi terselesainya skripsi ini;
2. kakakku Yenny Farida dan Galuh Agung W, yang selalu menjadi inspirasi bagiku untuk melakukan hal-hal yang baik;
3. Fandi Ahmad yang telah menjadi penyemangat dan motivator dalam mengerjakan skripsi ini, terima kasih atas bantuannya;
4. bapak ibu guru yang saya hormati di SDN Rowotengah V Kec. Sumberbaru, SLTPN 3 Tanggul, SMAN 2 Jember, seluruh dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Almater PSIK Universitas Jember dan pihak-pihak lain yang telah berkenan membagi rangkaian ilmu berharga serta pelajaran tentang arti sebuah perjuangan hidup, jasa-jasa beliau tidak akan terlupa;
5. keluarga besar Nurse Generation angkatan '08, yang selama ini mengiasi hari-hari saya dengan tawa, canda, memberikan semangat dan motivasi, serta membantuku baik dalam keadaan sehat maupun sakit, terima kasih teman.

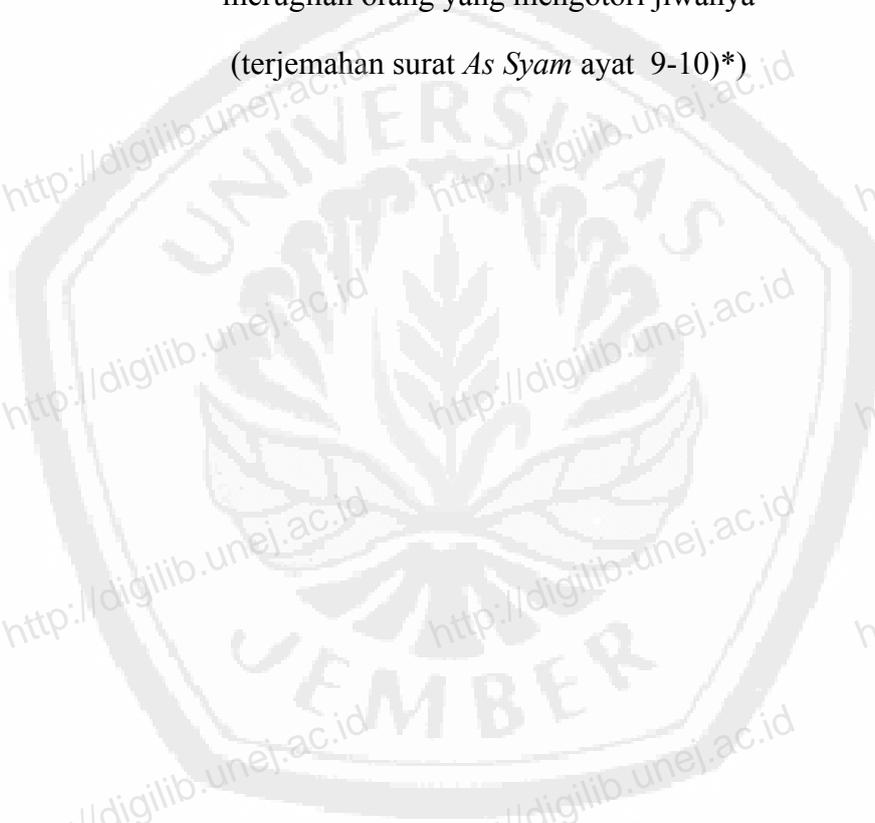
## MOTTO

Wahai orang-orang yang beriman, Mohonlah pertolongan kepada Allah dengan shalat dan sabar. Sungguh Allah bersama orang-orang yang sabar.

(terjemahan surat *Al-Baqarah* ayat 153)\*)

Sesungguhnya beruntunglah orang yang mensucikan jiwanya dan sesungguhnya merugilah orang yang mengotori jiwanya

(terjemahan surat *As Syam* ayat 9-10)\*)



\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

## **PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Wahyu Qur'ana

NIM : 082310101007

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD. dr.Soebandi Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus di junjung tinggi.

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

Jember, 25 Juni 2012

Yang menyatakan,

Wahyu Qur'ana  
NIM 082310101007

## **PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr.Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Selasa

tanggal : 26 Juni 2012

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan

Tim Penguji  
Ketua,

Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep.  
NIP 19760629 200501 1 001

Anggota I

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.  
NIP 19800417 200604 2 002

Anggota II

Ns. Rondhianto, M.Kep.  
NIP 19830324 200604 1 002

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,

dr. Sujono Kardis, Sp. KJ.  
NIP 19490610 198203 1 001

*Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien di RSD dr. Soebandi Jember (Correlation between Fulfillment of Spiritual Needs and Pre-Operative Patient Anxiety Level at RSD (Local Public Hospital) dr. Soebandi Jember)*

**Wahyu Qur'ana**

*Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember*

**ABSTRACT**

*Elective or emergency surgery is a stressful, complex event, so in addition to physical disorder, it will bring psychological problems. The surgical procedure will always be preceded by emotional reaction from the patient, such as anxiety. One of the nurse roles in pre-operation phase is to help patient cope with his/her anxiety, assessing physical and psychological needs including patient's spiritual needs to reduce or lower the level of anxiety (Nursalam, 2002). This research was intended to analyze the relationship between the fulfillment of spiritual needs and pre-operative patient anxiety level at RSD (Local Public Hospital) dr. Soebandi Jember. The research design was correlation with cross sectional approach. Sampling technique used was total purposive sampling, involving the number of samples of pre-surgery patients from April to May 2012 that met the inclusion criteria. Data were analyzed using nonparametric statistical test chi-square. Data collection instruments were in form of questionnaire used as interview guide, so that the data obtained were primary data. Validity and reliability tests applied Pearson Product Moment and Cronbach Alpha test. The research results showed that 19 (70.4%) pre-operation patients were with satisfied spiritual needs; 16 people (84.2%) experienced light anxiety, while 3 people (15.8%) experienced fair anxiety. 8 (29.6%) pre-surgery patients were with unsatisfied spiritual needs; 2 patients (25%) experienced mild anxiety, and 6 people (75%) had fair anxiety and no one was experiencing hard anxiety. The research was processed through computerized technique of SPSS using chi-square test with fisher exact. This research showed that the hypothesis test lower than  $\alpha$  (0.05) was p value of 0.006. Statistically, there is significant correlation between fulfillment of spiritual needs and pre-operative patient anxiety level at RSD dr. Soebandi Jember.*

**Key words: fulfillment of spiritual needs, level of anxiety, pre-**

## RINGKASAN

**Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr.Soebandi Jember;** Wahyu Qur'ana, 092310101082; 2012:116 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan, sehingga selain mengalami gangguan fisik akan memunculkan masalah psikologis. Prosedur pembedahan tersebut akan selalu didahului dengan reaksi emosional dari pasien, diantaranya adalah kecemasan. Salah satu peran perawat pada fase pre operasi adalah membantu pasien mengatasi kecemasannya, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis termasuk didalamnya pemenuhan kebutuhan spiritual pasien untuk mengurangi atau menurunkan tingkat kecemasan (Nursalam, 2002).

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr.Soebandi Jember. Desain penelitian yang digunakan adalah korelasi dengan pendekatan secara *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan adalah *total purposive sampling*, dengan jumlah sampel adalah pasien pre operasi selama bulan april-mei 2012 yang memenuhi kriteria inklusi. Data dianalisis dengan menggunakan uji statistik nonparametrik *chi-square*. Alat pengumpulan data berupa kuesioner digunakan sebagai pedoman wawancara sehingga data yang diperoleh adalah data primer. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan Pearson Product Moment dan uji Alpha Cronbach.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 19 orang (70,4%) kebutuhan spiritualnya terpenuhi, dan 8 orang (29,6) pemenuhan kebutuhan spiritualnya tidak terpenuhi. Tingkat kecemasan pada pasien pre operasi pada diukur menggunakan kuesioner STAI (*State Trait Anxiety Inventory*), hasil penelitian tingkat kecemasan pasien pre operasi, sebanyak 18 orang (66,7%)

mengalami cemas ringan, dan sebanyak 9 orang responden (33,3%) mengalami kecemasan sedang.

Hasil penelitian diperoleh sebanyak 19 orang (89,5%) pasien pre operasi dengan kebutuhan spiritual terpenuhi, 16 orang (84,2%) mengalami cemas ringan, sedangkan 3 orang (15,8%) mengalami cemas sedang. Sebanyak 8 orang (29,6%) pasien pre operasi dengan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi, 2 orang (25%) mengalami cemas ringan, dan 6 orang (75%) mengalami cemas sedang dan tidak ada yang mengalami cemas berat dan tidak ada yang mengalami cemas berat.

Penelitian ini diolah melalui teknik komputerisasi SPSS menggunakan uji *chi-square* dengan menggunakan *fisher exact*. Penelitian ini menunjukkan uji hipotesis yang lebih kecil daripada  $\alpha$  (0,05) yaitu nilai *p value* sebesar 0,006. Secara statistik ada hubungan yang bermakna antara pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember. Saran yang dapat diberikan adalah membentuk asuhan keperawatan spiritual dalam suatu peraturan tetap (protap) kerja sehingga protap tersebut dapat dijadikan jaminan akan pelayanan secara komprehensif memandang klien sebagai makhluk yang berespon secara unik dan utuh.

## PRAKATA

Assalamu'alaikum wr.wb,

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr. Soebandi". Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pesisikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. dr.Sujono Kardis, Sp.KJ selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama sekaligus Dosen Pembimbing Akademik, Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota dan Ns. Rondhianto, M.Kep yang telah membimbing dan memberikan masukan, saran demi kesempurnaan proposal skripsi saya;
3. segenap pimpinan dan karyawan RSD dr.Soebandi yang telah memberikan dukungan;
4. teman-teman PSIK angkatan 2008 yang selalu kompak dan membantu saya;
5. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua. Amin.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Jember, Juni 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>MOTO</b> .....	<b>v</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan .....	6
1.3.1 Tujuan Umum .....	6
1.3.2 Tujuan Khusus .....	6
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Bagi Bidang Keperawatan .....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Pendidikan .....	6
1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat .....	7

1.4.4 Keaslian Penelitian .....	8
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Spiritualitas .....	9
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Perkembangan Spiritualitas.....	10
2.1.3 Karakteristik Spiritual .....	12
2.1.3 Kebutuhan Spiritual Pasien.....	13
2.2 Asuhan Keperawatan Holistik .....	17
2.2.1 Peran Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual	19
2.3 Konsep Dasar Kecemasan .....	22
2.3.1 Definisi .....	23
2.3.2 Penyebab Kecemasan .....	23
2.3.3 Respon Kecemasan.....	26
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan .....	28
2.2.7 Tingkat dan Karakteristik Kecemasan .....	31
2.2.8 Penilaian Kecemasan.....	33
2.3 Pasien Dengan Pre Operasi .....	34
2.3.1 Definisi .....	34
2.3.2 Klasifikasi pembedahan.....	35
2.3.3. Perawatan pre operasi .....	37
2.3.4 Persiapan Pasien Pre operasi .....	37
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>39</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	39
3.2 Hipotesis Penelitian .....	40
<b>BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
4.1 Desain Penelitian .....	41
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....	41
4.2.1 Populasi Penelitian .....	41
4.2.2 Sampel Penelitian .....	41
4.2.2 Kriteria sampel .....	42
4.3 Lokasi Penelitian .....	43

4.4	Waktu Penelitian .....	43
4.5	Definisi Operasional .....	44
4.6	Pengumpulan Data .....	45
4.6.1	Sumber Data .....	45
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data .....	45
4.6.3	Alat Pengumpulan Data .....	46
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	49
4.7	Pengolahan Data dan Analisa Data .....	51
4.7.1	<i>Editing</i> .....	51
4.7.2	<i>Coding</i> .....	51
4.7.3	<i>Processing</i> .....	52
4.7.4	<i>Cleaning</i> .....	52
4.8	Analisa Data .....	52
4.9	Etika Penelitian .....	52
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>55</b>
5.1	Hasil.....	55
5.2	Pembahasan.....	60
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>79</b>
6.1	Simpulan.....	79
6.2	Saran .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>82</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>		<b>87</b>

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan .....	31
Gambar 3.1 Kerangka Penelitian .....	39
Gambar 5. Pendekatan spiritual dalam menurunkan kecemasan .....	76

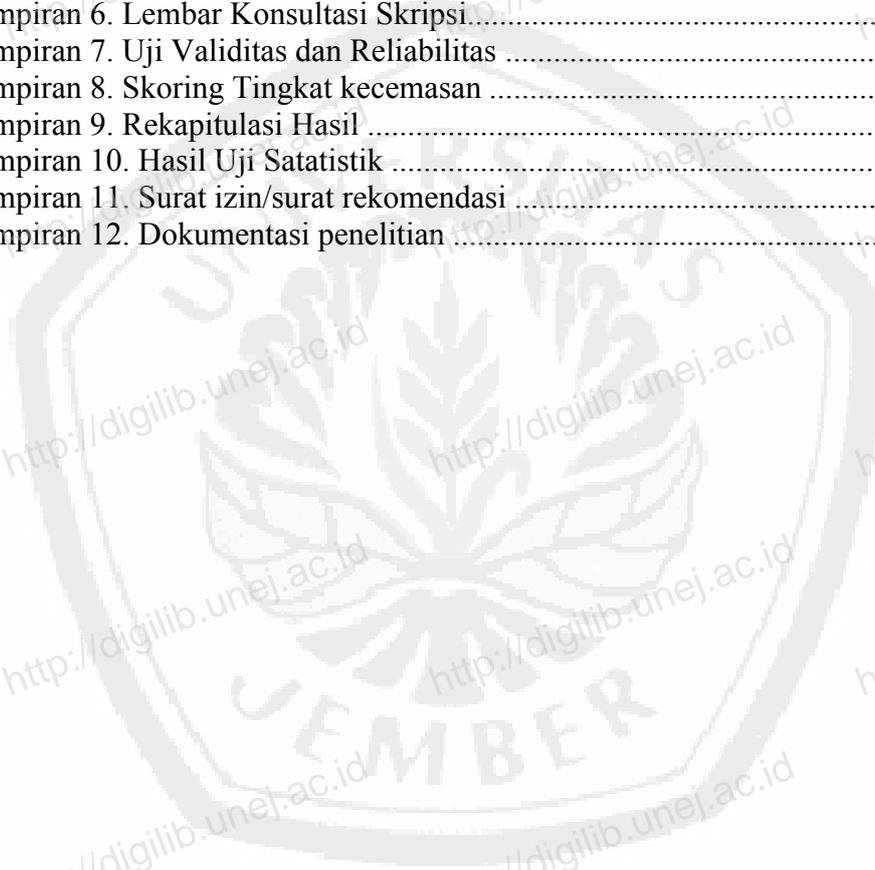


## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.1 Rentang Respon Kecemasan.....	31
Tabel 2.2 Tingkat Kecemasan dan Karakteristik .....	31
Tabel 4.5 Definisi Operasional .....	44
Tabel 4.6 Sebaran Pertanyaan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual .....	47
Tabel 4.7 Sebaran Pertanyaan Kecemasan STAI ( <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> )	49
Tabel 5.1 Gambaran lokasi pemilihan sampel penelitian .....	55
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik responden di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei 2012-Juni 2012 .....	56
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei-Juni 2012 .....	57
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei 2012-Juni 2012 .....	58
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan karakteristik responden .....	58
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei-Juni 2012 .....	59

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1. Lembar Informed.....	87
Lampiran 2. Lembar Consent.....	68
Lampiran 3. Instrumen penelitian.....	89
Lampiran 4. Kuisiонер Pemenuhan Kebutuhan Spiritual.....	90
Lampiran 5. Kuesiонер Kecemasan.....	92
Lampiran 6. Lembar Konsultasi Skripsi.....	94
Lampiran 7. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	98
Lampiran 8. Skoring Tingkat kecemasan.....	99
Lampiran 9. Rekapitulasi Hasil.....	100
Lampiran 10. Hasil Uji Satatistik.....	101
Lampiran 11. Surat izin/surat rekomendasi.....	105
Lampiran 12. Dokumentasi penelitian.....	114



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Pembedahan elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan, sehingga selain mengalami gangguan fisik akan memunculkan masalah psikologis. Prosedur pembedahan tersebut akan selalu didahului dengan reaksi emosional dari pasien, diantaranya adalah kecemasan. Kecemasan yang muncul tersebut biasanya berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan (Smeltzer & Bare, 2002).

Masalah utama pasien yang dapat muncul pada fase pra operasi adalah kecemasan. Anugerah (2008), dalam penelitiannya tentang pengaruh pemberian aroma terapi lavender terhadap tingkat kecemasan menyatakan bahwa hampir 90% pasien mengalami kecemasan, dengan penjabaran kecemasan ringan 53,1 %, kecemasan sedang 43,8 %, dan sisanya mengalami kecemasan berat. Pasien pra operasi dapat mengalami berbagai tingkat kecemasan mulai ringan hingga panik. Kecemasan pra operasi merupakan suatu bentuk respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman (Smeltzer & Bare, 2002). Kecemasan pra operasi merupakan masalah utama yang menjadi fokus intervensi keperawatan untuk diatasi.

Kecemasan merupakan pengalaman manusia yang universal dan suatu rasa yang tidak terekspresikan. Perasaan ini tidak terarah karena suatu sumber ancaman atau pikiran yang tidak jelas dan tidak teridentifikasi. Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart & Sundeen, 2007). Kecemasan juga diartikan sebagai kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Suliswati, 2005).

Asmadi (2008) menyatakan kecemasan yang terjadi pada pasien akan dapat mempengaruhi sistem fisiologis dari pasien. Hal ini terjadi melalui serangkaian aksi yang diperantarai oleh HPA-Axis (*Hipotalamus-Pituitary-Adrenal*), kecemasan juga akan merangsang hipotalamus untuk meningkatkan produksi CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) sehingga merangsang hormon pituitary anterior untuk meningkatkan produksi ACTH (*Adrenocorticotrophic hormone*). Hormon ini akan merangsang korteks adrenal untuk meningkatkan sekresi kortisol, kortisol selanjutnya akan menekan sistem imun tubuh (Guyton & Hall, 1997).

Selain itu respon saraf otonom terhadap kecemasan mengaktifkan respon involunter pada tubuh sebagai pertahanan diri (Videbeck, 2008). Sehingga pasien yang mengalami kecemasan dapat menunjukkan kondisi mengalami nafas pendek, tekanan darah meningkat, berkeringat, kepala pusing serta tampak tegang yang menyebabkan penundaan operasi hingga kondisi pasien stabil.

Peran perawat sangat penting dalam menurunkan kecemasan pasien. Salah satu peran perawat pada fase pre operasi antara lain mengidentifikasi fungsi-fungsi yang mempengaruhi resiko pelaksanaan operasi, mengkaji kebutuhan fisik dan psikologis, termasuk didalamnya pemenuhan kebutuhan spiritual pasien untuk mengurangi atau menurunkan tingkat kecemasan (Nursalam, 2002 dalam Suherlan, 2011). Menurut (Hamid, 2000) perawat memandang klien sebagai makhluk bio-psikososio-kultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan atau pada keadaan krisis.

Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek spiritualitas yang merupakan bagian integral dalam kehidupan klien. Perawat berupaya membantu memenuhi kebutuhan spiritualitas klien yaitu dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritualitas klien tersebut walaupun perawat dan klien tidak mempunyai keyakinan spiritualitas atau keagamaan yang sama (Hamid, 2000).

Keunggulan dalam pendekatan spiritual ditemukan bukti bahwa faktor keimanan memiliki pengaruh yang luas dan kuat terhadap kesehatan. Faktor spiritual terlibat dalam peningkatan kemungkinan tambahnya usia harapan hidup, penurunan kecemasan, depresi, kemarahan, penurunan tekanan darah, dan perbaikan kualitas hidup bagi pasien kanker serta penyakit jantung Musbikin (2003).

Pendekatan spiritual melalui berdo'a meningkatkan autosugesti yang dapat mendorong seseorang berbuat sesuai dengan yang didoakan, meminta kesembuhan, dan ketika berdo'a akan menimbulkan rasa percaya diri, rasa optimisme (harapan kesembuhan), mendatangkan ketenangan, damai, dan merasakan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa (Fitriya, 2009). Penelitian dilakukan oleh Haris (1999 dalam Hawari, 2005) pada pasien penyakit jantung yang dirawat di unit perawatan intensif yang diberikan pemenuhan kebutuhan spiritual hanya membutuhkan sebesar 11% untuk pengobatan lebih lanjut. Pendekatan spiritual dapat dipakai sebagai alternatif untuk menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan kesehatan mental

Berdasarkan studi pendahuluan di Rumah Sakit dr. Soebandi Jember didapatkan informasi dari ketua bidang keperawatan bahwa rumah sakit dr. Soebandi telah melaksanakan bimbingan rohani dan telah ada pedoman asuhan spiritual. Bimbingan rohani dilakukan oleh rohaniwan dengan penanggung jawab instalasi bina rohani seorang perawat. Asuhan keperawatan spiritual sudah mulai diterapkan terutama dalam masalah aktual sesuai kondisi pasien.

Hasil wawancara dengan beberapa perawat ruangan, asuhan keperawatan spiritual belum dilaksanakan secara maksimal, diagnosa keperawatan spiritual ditegaskan pada masalah aktual sesuai dengan kondisi pasien. Dalam hal ini perawat merencanakan pasien untuk bertemu dengan rohaniawan, perawat mendampingi, menyentuh, mengingatkan untuk berdo'a dan mengingatkan akan adanya Tuhan, dan meningkatkan rasa nyaman pasien.

Menurut kepala instalasi Bina Rohani, di rumah sakit ini juga telah di bentuk penanggung jawab bimbingan rohani bagi karyawan, termasuk di dalamnya bimbingan rohani bagi perawat, yang diberikan melalui buku pedoman kerohanian. Peneliti juga melakukan wawancara singkat dengan 10 pasien, 7 dari 10 pasien mengatakan bahwa mereka pernah di datangi rohaniwan, dan perawat di ruangan pernah memberi dukungan spiritual seperti mengingatkan untuk berdoa dan memberi semangat dan motivasi untuk kesembuhan penyakit yang diderita. Selain itu, peneliti juga melakukan wawancara dengan 10 pasien yang akan menjalani operasi dan diketahui 8 pasien mengalami kecemasan.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang pemenuhan spiritual terhadap pasien yang akan dioperasi. Adapun fokus dari penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat terhadap kecemasan pasien yang akan menjalani operasi di RSD dr. Soebandi Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dari penelitian ini adalah “apakah ada hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSD. dr Soebandi Jember?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

- a. mengidentifikasi karakteristik pasien pra operasi di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember;
- b. mengetahui pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember;
- c. mengetahui tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.
- d. menganalisa hubungan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat bagi bidang keperawatan**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi bidang keperawatan dengan dilakukannya penelitian ini antara lain:

- a. mengetahui pemenuhan kebutuhan spiritual yang diberikan perawat di ruang rawat inap;
- b. memberikan informasi tentang hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pasien pre operasi;
- c. sebagai pertimbangan di bentuknya peraturan tetap pelaksanaan asuhan keperawatan spiritual.

#### **1.4.2 Manfaat bagi pendidikan**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi pendidikan adalah dapat memberikan pengetahuan baru tentang pemenuhan kebutuhan spiritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi, yang dapat dijadikan referensi dalam dasar keperawatan.

#### **1.4.3 Manfaat bagi masyarakat**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi masyarakat adalah dapat menambah informasi tentang pemenuhan asuhan spiritual dalam hubungannya dengan kecemasan pasien pre operasi.

#### **1.4.4 Manfaat bagi peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dibidang penelitian, dan menambah ilmu di bidang asuhan keperawatan spiritual.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang mendahului penelitian ini adalah penelitian dilakukan oleh Natsir (2008), penelitian ini tentang hubungan penerapan aspek spiritualitas perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien rawat inap RS Haji Makasar. Desain penelitian ini bersifat analitik deskriptif dengan menggunakan metode desain *Cross Sectional*, dengan teknik pengambilan sampel secara *Purposive Sampling*. Analisa data menggunakan *chi-square* dengan hasil uji statistik diperoleh nilai  $\rho = 0.034 < \alpha = 0.05$ , oleh karena  $\rho < \alpha$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, berarti terdapat hubungan penerapan aspek spiritualitas perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien di Rumah Sakit Haji Makassar Tahun 2008.

Peneliti ingin meneliti hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember. Persamaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah sama-sama meneliti tentang pemenuhan kebutuhan spiritual. Desain penelitian ini menggunakan studi observasional analitik dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*) dan tehnik pengambilan sampel *total purposive sampling*. Perbedaan dari penelitian sebelumnya, penelitian ini menggunakan variabel dependen tingkat kecemasan pasien pre operasi, dan tempat penelitian yang digunakan berada pada tempat yang berbeda yaitu di RSD dr. Soebandi. Penelitian yang berjudul Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember, belum pernah diteliti sebelumnya.

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Konsep Spiritualitas**

#### **2.1.1 Definisi spiritualitas**

Spiritualitas (*spirituality*) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Hidayat, 2006).

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa. Sebagai contoh, orang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa. Menurut Burkhardt (dalam Hamid, 2000), spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut:

1. berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan;
2. menemukan arti dan tujuan hidup;
3. menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri;
4. mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa spiritualitas merupakan bagian inti dari individu melebihi keyakinan dan praktik beragama, yang berhubungan dengan keunikan individu dan menghubungkan jalan pikiran, tubuh, emosi, hubungan dengan orang lain dan dengan sesuatu di luar diri, serta merupakan proses aktif dan positif berkaitan dengan pencarian makna, tujuan, harapan, dan prinsip hidup.

### **2.1.2 Perkembangan spiritualitas**

Perkembangan spiritual seseorang menurut Westerhoff's (dalam Kozier, Erb. Berman. Snyder, 2008). dibagi kedalam empat tingkatan berdasarkan kategori umur yaitu:

1. usia anak-anak, merupakan tahap perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Perilaku yang didapat, antara lain adanya pengalaman dari interaksi dengan orang lain dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Pada masa ini, anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini mungkin hanya mengikuti ritual atau meniru orang lain, seperti berdoa sebelum tidur, makan, dan lain-lain. Pada masa prasekolah, kegiatan keagamaan yang dilakukan belum bermakna pada dirinya, perkembangan spiritual mulai mencontoh aktivitas keagamaan orang sekelilingnya, dalam hal ini keluarga, arti doa, serta mencari jawaban tentang kegiatan keagamaan.

2. usia remaja akhir, merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Pengalaman dan rasa takjub membuat mereka semakin merasa memiliki dan berarti akan keyakinannya. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah mulai pada keinginan akan pencapaian kebutuhan spiritual seperti keinginan melalui meminta atau berdoa kepada penciptanya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaan. Bila pemenuhan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi, akan timbul kekecewaan.
3. usia awal dewasa, merupakan masa pencarian kepercayaan diri, diawali dengan proses pernyataan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional. Segala pertanyaan tentang kepercayaan harus dapat dijawab. Secara rasional. Pada masa ini, timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaan.
4. usia pertengahan dewasa, merupakan tingkatan kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya.

### 2.1.3 Karakteristik spiritual

Menurut Hamid (2008), dalam upaya memudahkan pemberian asuhan keperawatan, pelayanan keperawatan, perawat perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi karakteristik spiritualitas sebagai berikut:

1. hubungan dengan diri sendiri. Kekuatan dalam atau *self-reliance*:
  - a. pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya);
  - b. sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, harmoni atau keselarasan diri).
2. hubungan dengan alam *harmonis*:
  - a. mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa dan iklim;
  - b. berkomunikasi dengan alam (bertanam, berjalan kaki); mengabadikan dan melindungi alam.
3. hubungan dengan orang lain *harmonis atau suportif*:
  - a. berbagi waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik;
  - b. mengasuh anak, orang tua dan orang sakit;
  - c. menyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat, dan lain-lain).

Bila tidak harmonis akan terjadi:

- a. konflik dengan orang lain;
  - b. resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi.
4. hubungan dengan Ketuhanan. *Agamis* atau *tidak agamis*:
    - a. sembahyang, berdo'a atau meditasi;
    - b. perlengkapan keagamaan;
    - c. bersatu dengan alam.

Secara ringkas, dapat dinyatakan bahwa seseorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya apabila mampu:

- 1) merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan;
- 2) mengembangkan arti penderitaan dan menyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan;
- 3) menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta;
- 4) membina integritas personal dan merasa diri berharga;
- 5) merasakan kehidupan yang terarah yang terlihat melalui harapan;
- 6) mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

#### **2.1.4 Kebutuhan spiritual**

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf (Kozier, 2008). Ketika penyakit menyerang seseorang, kekuatan spiritualitas sangat berperan penting dalam proses penyembuhan. Selama sakit individu menjadi kurang mampu untuk merawat diri mereka dan lebih bergantung pada orang lain.

Menurut Taylor (1997) dan Craven & Hirnle (1996) dalam Hamid (2008), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah :

a. Perkembangan

Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berfikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan yang Maha Kuasa. Hal ini bukan berarti bahwa Spiritual tidak memiliki makna bagi seseorang.

b. Keluarga

Peran orang tua sangat menentukan perkembangan spiritualitas anak. Yang penting bukan apa yang diajarkan oleh orangtua kepada anaknya tentang Tuhan, tetapi yang anak pelajari mengenai Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari perilaku orang tua mereka. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam mempersepsikan kehidupan di dunia, pandangan anak pada umumnya diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan orangtua dan saudaranya.

c. Budaya

Sikap, keyakinan dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan.

d. Agama

Agama sangat mempengaruhi spiritualitas individu. Agama merupakan suatu sistem keyakinan dan ibadah yang dipraktikkan individu dalam pemenuhan spiritualitas individu. Agama merupakan cara dalam pemeliharaan hidup terhadap segala aspek kehidupan. Agama berperan sebagai sumber kekuatan dan kesejahteraan pada individu (Potter & Perry, 2005).

e. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi Spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia menguji imannya.

e. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalam spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian, khususnya pada pasien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional (Toth, 1992; dikutip dari Craven & Hirnle, 1996).

f. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat diinginkan.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesaran-Nya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan (Hamid, 2000). Prosedur medik seringkali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya sirkumsisi, pencegahan kehamilan, sterilisasi. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan (Taylor, et al, 1997).

Menurut Hidayat (2006), beberapa orang yang membutuhkan bantuan spiritual antara lain:

a. Pasien kesepian

Pasien dalam keadaan sepi dan tidak ada yang menemani akan membutuhkan bantuan spiritual karena mereka merasakan tidak ada kekuatan selain kekuatan Tuhan, tidak ada yang menyertainya selain Tuhan.

b. Pasien ketakutan dan cemas

Adanya ketakutan atau kecemasan dapat menimbulkan perasaan kacau, yang dapat membuat pasien membutuhkan ketenangan pada dirinya dan ketenangan yang paling besar adalah bersama Tuhan.

c. Pasien menghadapi pembedahan

Menghadapi pembedahan adalah sesuatu yang sangat mengkhawatirkan karena akan timbul perasaan antara hidup dan mati. Pada saat itulah keberadaan pencipta dalam hal ini adalah Tuhan sangat penting sehingga pasien selalu membutuhkan bantuan spiritual.

d. Pasien yang harus mengubah gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat membuat seseorang lebih membutuhkan keberadaan Tuhan (kebutuhan spiritual). Pola gaya hidup dapat membuat kekacauan keyakinan bila ke arah yang lebih buruk, maka pasien akan lebih membutuhkan dukungan spiritual.

## 2.2 Asuhan keperawatan secara holistik

Holistik merupakan salah satu konsep yang mendasari tindakan keperawatan yang meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Dimensi tersebut merupakan suatu kesatuan yang utuh, apabila satu dimensi terganggu akan mempengaruhi dimensi lainnya. Holistik terkait erat dengan kesejahteraan (*wellnes*). Untuk mencapai kesejahteraan, terdapat lima dimensi yang saling mempengaruhi yaitu: fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual.

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, konsep holistik ini merupakan salah satu konsep keperawatan yang harus di pahami oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada klien. Holistik berkaitan dengan kesejahteraan (*wellness*) yang diyakini mempunyai dampak terhadap status kesehatan manusia. Anspaugh (dalam Kozier, 2008) menyatakan bahwa untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan, ada lima dimensi yang saling terkait dan ketergantungan dan dimiliki oleh tiap individu, yaitu:

1. Dimensi fisik

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pencapaian kehehatan, memelihara nutrisi secara adekuat dan berat badan ideal, terhindar dari ketergantungan obat dan alkohol atau rokok serta secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.

2. Dimensi sosial

Berhubungan dengan kemampuan seseorang berinteraksi secara baik dengan orang lain dan lingkungan, membina dan memelihara keakraban dengan orang lain serta menghargai dan toleransi terhadap kepercayaan yang berbeda.

3. Dimensi emosional

Menekankan bahwa individu memiliki kemampuan untuk menghadapi stres dan mengekspresikan emosi dengan baik. Kesejahteraan emosional, bila dapat mengenal, menerima dan mengekspresikan perasaan dan kekurangan orang lain.

#### 4. Dimensi intelektual

Berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk belajar dan menggunakan karier. Kesejahteraan intelektual meliputi usaha meneruskan pertumbuhan dan belajar menghadapi masalah baru secara efektif.

#### 5. Dimensi spiritual

Berhubungan dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti: alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang.

Berdasarkan konsep di atas, dapat dijelaskan bahwa seorang perawat dalam merawat pasien harus memandang sebagai satu kesatuan yang utuh. Dimensi ini saling berinteraksi dan apabila terjadi gangguan pada salah satu bagian akan mempengaruhi keseimbangan dan keutuhan kesatuan tersebut.

##### **2.2.1 Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual**

Menurut Undang-undang Kesehatan No.23 tahun 2004 bahwa perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Aktifitas keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberian asuhan atau pelayanan keperawatan, praktek keperawatan, pengelolaan institusi keperawatan, pendidikan klien (individu, keluarga dan masyarakat) serta kegiatan penelitian dibidang keperawatan (Gaffar, 1999).

Perawat berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan. Perawat membantu pasien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Proses penyembuhan bukan hanya sembuh dari penyakit tertentu. Asuhan keperawatan yang diberikan tidak hanya berfokus pada perawatan fisik, tetapi perawatan secara holistik (Rufaidah, 2006).

Keperawatan merupakan bagian integral yang tidak terpisahkan dari berbagai pelayanan kesehatan lainnya baik medis, gizi penunjang dan lain sebagainya termasuk pelayanan kerohanian rumah sakit. Departemen kesehatan (1997) melalui Dirjen Yanmed telah menetapkan standart Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit, salah satunya adalah memenuhi kebutuhan pasien dengan kriteria standar sebagai berikut:

1. menyediakan sarana ibadah;
2. membantu pasien beribadah;
3. mendampingi pasien saat bimbingan spiritual.

Perawat merupakan orang pertama dan secara konsisten selama 24 jam sehari menjalin kontak dengan pasien, sehingga dia sangat berperan dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Menurut Andrew dan Boyle (2002) pemenuhan kebutuhan spiritual memerlukan hubungan interpersonal, oleh karena itu perawat sebagai satu-satunya petugas kesehatan yang berinteraksi dengan pasien selama 24 jam maka perawat adalah orang yang tepat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Kebutuhan spiritual klien sering ditemui oleh perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan atau asuhan keperawatan. Hal ini perawat menjadi contoh peran spiritual bagi kliennya. Perawat harus mempunyai pegangan tentang keyakinan spiritual yang memenuhi kebutuhannya untuk mendapatkan arti dan tujuan hidup, mencintai, dan berhubungan serta pengampunan (Hamid, 2000).

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama yang diyakini pasien, memberikan *privacy* untuk berdoa, memberi kesempatan pada pasien untuk berinteraksi dengan orang lain (keluarga atau teman) (Young & Koopsen, 20005; Hamid, 2000). Selain itu, perawat dapat memberikan pemenuhan kebutuhan spiritualitas kepada pasien yaitu dengan memberikan dukungan emosional, membantu dan mengajarkan doa, memotivasi dan mengingatkan waktu ibadah sholat, mengajarkan relaksasi dengan berzikir ketika sedang kesakitan, berdiri di dekat klien, memberikan sentuhan selama perawatan (Potter & Perry, 2005).

Dalam virginia hunderson international nursing library (2008) peran perawat dalam asuhan spiritual dilakukan melalui peran pendampingan (*accompanying*), pemberi bantuan (*helping*), kehadiran (*presencing*), penghargaan (*valuing*), dan peran sebagai perantara (*intercessory roles*). Peterson (2007) menyatakan bahwa pendampingan, membantu dalam berdoa, memberikan / menyediakan artikel keagamaan bagi pasien merupakan bagian dari peran pemberian intervensi keperawatan dalam asuhan spiritual.

Untuk memudahkan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan spiritual penerima pelayanan keperawatan, maka perawat mutlak perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi atau mengenal karakteristik spiritualitas seperti sembahyang, perlengkapan keagamaan dan bersatu dengan alam (Kozier, 2008). Menjalinkan komunikasi terapeutik terhadap pasien yang sedang menghadapi kematian dan prosedur pembedahan juga merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan spiritual pasien (Hamid, 2000).

## **2.3 Konsep Dasar Kecemasan**

### **2.3.1 Pengertian kecemasan**

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik (Stuart, 2007). Kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari sebagai ancaman atas identitas diri yang sangat mendasar bagi keberadaan individu (Suliswati *et al*, 2008)

Smeltzer & Bare (2002) menyatakan, kecemasan adalah reaksi yang normal terhadap stress dan ancaman bahaya. Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik yang nyata maupun yang hanya bayangan. Seseorang yang mengalami kecemasan akan merasa tidak enak dan takut yang tidak jelas.

Seseorang dengan kecemasan cenderung mengalami perasaan yang tidak berdaya dan tidak adekuat dapat terjadi, disertai rasa terasing dan tidak nyaman. Intensitas perasaan ini dapat ringan atau cukup berat sampai menyebabkan kepanikan, dan intensitasnya dapat meningkat atau menghilang tergantung pada kemampuan coping individu dan sumber-sumber pada suatu waktu tertentu.

Videbeck (2008), menyatakan kecemasan merupakan perasaan takut yang tidak didukung oleh situasi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus kecemasan. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya terhadap individu. Stuart dan Sundeen (2007), menyatakan kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

### **2.3.2 Penyebab kecemasan**

#### **a. Faktor predisposisi**

Menurut Stuart (2007) berbagai faktor predisposisi yang dijelaskan ke dalam beberapa teori mengenai asal kecemasan yaitu:

##### **1) Teori psikoanalitik**

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikembalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

## 2) Teori interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik.

## 3) Teori perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.

## 4) Kajian keluarga

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan antara gangguan kecemasan dengan depresi.

## 5) Kajian biologis

Dalam otak terdapat reseptor spesifik terhadap bensodiasepin dapat mengatur timbulnya kecemasan disertai dengan gangguan fisik, obat-obatan yang meningkatkan neurolegulator asam gama-aminobutirat, yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan, selain itu kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan.

## **b. Faktor presipitasi**

Menurut Stuart (2007), kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Pengalaman kecemasan seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Namun demikian secara umum ancaman besar yang dapat menimbulkan kecemasan dikategori menjadi 2 yaitu:

### **1. Ancaman terhadap integritas fisik.**

Seseorang yang mengalami ancaman integritas fisik akan memberikan kesan ketidakmampuan fisiologis atau berkurangnya kemampuan terhadap perilaku sehari-hari. Ancaman terhadap integritas fisik dipengaruhi oleh dua faktor yaitu:

- a. faktor eksternal, misalnya terinfeksi virus/bakteri, tidak adanya sandang dan pangan;
- b. faktor internal, misalnya kegagalan sistem imun, gagal berpartisipasi dalam memelihara kesehatan.

### **2. Ancaman terhadap konsep diri**

Ancaman terhadap perubahan konsep diri biasa terjadi pada setiap orang dan biasanya mampu diadaptasi dengan baik. Ancaman terhadap konsep diri dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal.

Pada pasien yang akan menjalani operasi faktor pencetus kecemasannya adalah faktor yang dialami individu baik bersifat internal maupun eksternal. Faktor internalnya adalah adanya ketakutan akan pembiusan,kecacatan, kematian, takut akan rasa nyeri, takut kehilangan pekerjaan, menjadi tanggungan keluarga. Sedangkan faktor eksternalnya adalah lingkungan yang baru,peralatan operasi atau pembiusan yang asing serta petugas kesehatannya.

### 2.3.3 Respon kecemasan

Kecemasan dapat mempengaruhi kondisi tubuh seseorang, respon kecemasan menurut Suliswati (2005) antara lain:

#### a. Respon fisiologis

Secara fisiologis respon tubuh terhadap kecemasan adalah dengan mengaktifkan sistem saraf otonom (*simpatis maupun parasimpatis*). Sistem saraf simpatis akan mengaktifasi proses tubuh, sedangkan sistem saraf parasimpatis akan meminimalkan respon tubuh. Reaksi tubuh terhadap kecemasan adalah “*fight*” atau “*flight*”. *Flight* merupakan reaksi isotonik tubuh untuk melarikan diri, dimana terjadi peningkatan sekresi adrenalin ke dalam sirkulasi darah yang akan menyebabkan meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah sistolik, sedangkan *fight* merupakan reaksi agresif untuk menyerang yang akan menyebabkan sekresi noradrenalin, rennin angiotensin sehingga tekanan darah meningkat baik sistolik maupun diastolik.

Rangsang dari korteks otak akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenalin atau epinefrin sehingga efeknya antisipasi ringan, sedang, berat, dan panik. Respon adaptif antara lain napas menjadi lebih dalam, nadi meningkat. Darah akan tercurah terutama ke jantung, susunan saraf pusat dan otot, dengan peningkatan glikogenolisis maka gula darah akan meningkat.

b. Respon psikologis

Kecemasan dapat mempengaruhi aspek interpersonal maupun personal. Kecemasan tinggi akan mempengaruhi koordinasi dan gerak refleks. Kesulitan mendengarkan akan mengganggu hubungan dengan orang lain. Kecemasan dapat membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan dengan orang lain.

c. Respon kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan berpikir baik proses pikir maupun isi pikir, diantaranya adalah tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi, dan bingung.

d. Respon afektif

Secara afektif klien akan mengekspresikan dalam bentuk kebingungan dan curiga berlebihan sebagai reaksi emosi terhadap kecemasan.

### 2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Kaplan dan Sadock (dalam Lutfu & Maliya, 2008) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

a. Faktor Intrinsik

1) Usia pasien

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

2) Pengalaman pasien mengalami pengobatan

Pengalaman pengobatan awal merupakan pengalaman yang sangat berharga bagi pasien terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini merupakan bagian penting dan bahkan menentukan bagi kondisi mental pasien dikemudian hari.

3) Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang mempengaruhi individu saat berhubungan dengan orang lain. Menurut Stuart & Sundeen (1991), peran adalah pola sikap perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat.

4) Mekanisme koping

Menurut Hamilton (dalam Khairani, 2007), faktor yang mempengaruhi derajat keberhasilan dalam menyelesaikan krisis adalah keterampilan koping yang dimiliki seseorang. Keterampilan koping tersebut merupakan kekuatan dan keterampilan seseorang belajar untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme pertahanan diri adalah cara mempertahankan diri (seperti menyangkal), tetapi dapat mengurangi kecemasan untuk sementara waktu.

b. Faktor ekstrinsik

1) Kondisi medis

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan, walaupun insidensi gangguan bervariasi menurut kondisi medis yang dialami, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan maka pasien akan dilakukan pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

2) Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Menurut Notoatmojo (dalam Lutfu dan Maliyah, 2008), pendidikan pada umumnya akan merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan.

3) Akses informasi

Akses informasi merupakan bentuk pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi merupakan segala penjelasan yang didapat pasien sebelum pelaksanaan tindakan terdiri dari tujuan, proses, resiko dan komplikasi, alternatif tindakan yang tersedia serta proses administrasi (Smeltzer & Bare, 2002).

4) Proses adaptasi

Kozier dan Olivieri (dalam Lutfu dan Maliya, 2008), mengatakan bahwa stimulus internal dan eksternal mempengaruhi tingkat adaptasi manusia yang dihadapi individu dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus.

Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan sumber-sumber dari lingkungan dimana dia berada.

5) Tingkat sosial ekonomi

Pola gangguan psikiatrik juga berkaitan dengan status sosial ekonomi dari pasien. Berdasarkan penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat sosial ekonomi rendah memiliki prevalensi psikiatrik lebih banyak.

6) Jenis tindakan

Long (dalam Lutfu dan Maliya, 2008), jenis tindakan merupakan klasifikasi tindakan terapi medis yang dapat menimbulkan kecemasan karena terdapat ancaman integritas tubuh dan jiwa seseorang. Semakin mengetahui tindakan, akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien.

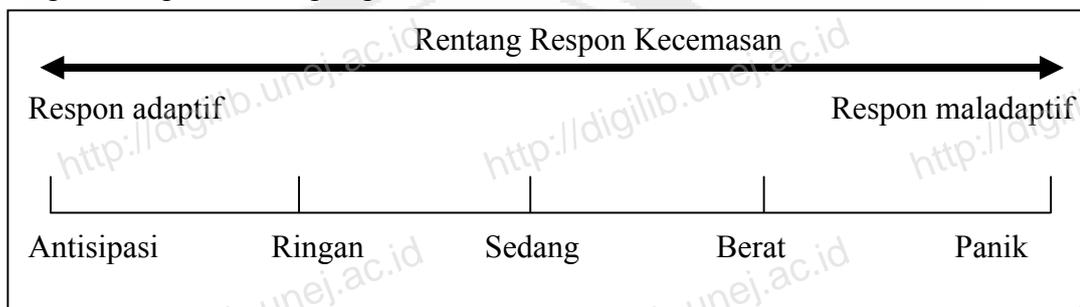
7) Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik oleh perawat maupun oleh pasien. komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang bertujuan memberikan informasi antara petugas kesehatan dan pasien.

### 2.3.5 Tingkat dan karakteristik kecemasan

Menurut Asmadi (2008), kemampuan untuk merespons terhadap suatu ancaman yang berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat kecemasan yang dialami. Respons individu terhadap kecemasan beragam dari kecemasan sampai panik.

Berikut rentang respons sehat sakit dapat dipakai untuk menggambarkan respons adaptif-maladaptif pada kecemasan:



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan menurut Stuart and Sundeen (2007).

Setiap tingkatan kecemasan memiliki karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain mulai dari ringan hingga panik. Karakteristik fisiologis akibat kecemasan lebih lengkap dapat dilihat dalam tabel 2.2.

Tabel 2.2 Tingkat Kecemasan dan Karakteristik.

Tingkat Kecemasan	Karakteristik
Kecemasan ringan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari;</li> <li>2) kewaspadaan meningkat;</li> <li>3) persepsi terhadap lingkungan meningkat;</li> <li>4) dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan meningkatkan kreatifitas;</li> <li>5) respon fisiologis: sesekali sesak nafas, nadi dan tekanan darah sedikit meningkat, sedikit gejala dingin pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar;</li> </ol>

	<p>6) respon kognitif: mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan;</p> <p>7) respon perilaku dan emosi: tidak dapat tenang, tremor halus pada tangan dan suara kadang-kadang meninggi.</p>
Kecemasan sedang	<p>1) respon fisiologis: sering nafas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih dan letih;</p> <p>2) respon kognitif: memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi sempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima;</p> <p>3) respon perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak aman.</p>
Kecemasan berat	<p>1) individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain;</p> <p>2) respon fisiologis: nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, pengelihatan berkabut serta tampak tegang;</p> <p>3) respon kognitif: tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan, serta lapang persepsi menyempit;</p> <p>4) respon perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat).</p>
Panik	<p>1) respon fisiologis: nafas pendek rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik;</p> <p>2) respon kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi;</p> <p>3) respon perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berperilaku yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.</p>

Sumber: Asmadi (2008)

### 2.2.7 Skala STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

Charles D. Spielberger merupakan pencipta dari skala STAI. Pengukuran dengan skala STAI memiliki tujuan untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal. Kuesioner skala STAI terdiri dari 2 katagori yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. *Trait anxiety* merupakan munculnya kecemasan pada seseorang yang disebabkan oleh berbagai jenis situasi (Spielberg, 1983). *Trait anxiety* ini merupakan sifat seseorang yang lebih permanent, dapat mengganggu fungsi kognisi dan mengganggu memori. *State anxiety* merupakan perasaan takut atau cemas terhadap munculnya sesuatu yang tidak menyenangkan pada suatu waktu tertentu. *State anxiety* merupakan gabungan dari *trait anxiety* dan *situation specific anxiety* (Spielberg, 1983). Sedangkan *situation specific anxiety* dapat dilihat sebagai *trait anxiety* yang diukur pada situasi tertentu.

Menurut Philip (dalam Aristana, 2008) *state anxiety* dan *trait anxiety* dapat dilakukan terpisah dengan menyertakan situasi yang dapat memunculkan kecemasan itu sendiri sebagai informasi yang sangat penting. Skor yang didapat dari penilaian skala STAI menghasilkan jumlah skor 0-60. Reliabilitas 0,65 dan validitasnya 0,69 (Mc Dowel, 2006).

## **2.4 Pasien dengan Pre Operasi**

### **2.4.1 Pengertian pre operasi**

Fase pre operasi adalah waktu dimulai ketika keputusan untuk informasi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi (Brunner dan Suddarth, 2002). Keputusan untuk bedah ini dipengaruhi oleh kondisi fisik dan anestesi, untuk hal tersebut maka pasien perlu dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan radiologi.

Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan. Kebanyakan prosedur bedah dilakukan di kamar operasi rumah sakit, meskipun beberapa prosedur yang lebih sederhana tidak memerlukan hospitalisasi dan dilakukan di klinik-klinik bedah dan unit bedah ambulatori. Individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anestesi atau pembiusan yang meliputi anestesi lokal, regional, atau umum (Smeltzer & Bare, 2002).

### **2.4.2 Klasifikasi pembedahan**

Pasien diindikasikan untuk dilakukan pembedahan sesuai masalah yang dialami pasien. Menurut Smeltzer and Bare (2002), ada beberapa alasan yang mendasari operasi:

#### **a. Bedah diagnostik**

Bedah diagnostik dilakukan untuk mengetahui penyebab gejala atau mengetahui asal masalah, misal biopsi payudara untuk mengetahui gejala yang mengarah pada abnormalitas.

b. Bedah kuratif

Bedah kuratif dilakukan untuk mengatasi masalah dengan mengangkat jaringan atau organ yang terkena, misal apendektomi.

c. Bedah reparatif

Bedah reparatif dilakukan untuk memperbaiki kecacatan atau memperbaiki status fungsional pasien, misal rekonstruksi neovaginal setelah vagina diangkat karena kanker atau kecelakaan.

d. Bedah paliatif

Bedah paliatif merupakan pembedahan untuk meringankan gejala tanpa menyembuhkan penyakitnya. Tujuan dari bedah paliatif ini adalah memperbaiki kualitas kehidupan pasien.

e. Bedah kosmetik

Bedah kosmetik dilakukan untuk memperbaiki penampilan seseorang, misalnya mengatasi penuaan kulit, menebalkan dagu, menurunkan kelopak mata dan lain lain.

Pembedahan berdasar klasifikasi tindakan pembedahan menurut faktor risiko yang ditimbulkan adalah sebagai berikut:

1) Minor

Merupakan pembedahan yang menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan risiko kerusakan yang minimal. Contoh dari pembedahan minor adalah insisi dan drainage kandung kemih atau sirkumsisi;

## 2) Mayor

Merupakan pembedahan yang dapat menimbulkan trauma fisik yang luas, risiko kematian sangat serius. Contoh dari pembedahan ini adalah total abdominal histerektomi dan reseksi kolon.

Pembedahan berdasarkan tingkat urgensinya menurut Smeltzer and Bare (2002), adalah sebagai berikut:

### a. Pembedahan emergensi / kedaruratan

Pembedahan dilakukan untuk menyelamatkan nyawa atau bagian tubuh, misal perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.

### b. Pembedahan urgen

Pembedahan urgen merupakan prosedur pembedahan yang tidak direncanakan dan memerlukan intervensi tepat waktu, misal infeksi batu kemih akut, batu ginjal atau batu uretra.

### c. Diperlukan

Pembedahan yang harus dilakukan dan direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan, misal hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tiroid, katarak.

### d. Pembedahan elektif

Pada pembedahan ini, pasien harus dioperasi ketika benar-benar diperlukan. Indikasi dari pembedahan elektif adalah jika tidak dilakukan pembedahan maka tidak terlalu membahayakan kondisi pasien. Contoh dari pembedahan elektif adalah perbaikan scar, hernia sedehana, dan perbaikan vaginal.

#### e. Pilihan

Pembedahan yang termasuk dalam klasifikasi pilihan adalah pembedahan yang dilakukan berdasarkan keputusan dari pasien, misal bedah kosmetik.

### **2.4.3 Perawatan pre operasi**

Perawatan pada pasien pre operasi harus memandang pasien secara utuh, yaitu mencakup unsur bio, psiko, sosio dan spiritual. Hal tersebut berjalan dengan definisi keperawatan hasil lokakarya keperawatan nasional tahun 1983 yang menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan.

Pelayanan profesional berbentuk pelayanan bio, psiko, sosio, kulturul dan spiritual yang komprehensif serta dtunjukkan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia (Gaffar, 1999). Depkes (1989) menyatakan bahwa perawatan pre operasi adalah perawatan yang memberikan kepada pasien yang akan menjalani operasi. Tujuan dari perawatan pre operasi adalah untuk mempersiapkan diri pasien menghadapi anesthesia dan operasi, baik mental maupun emosional.

### **2.4.4 Persiapan pasien pre operasi**

Sjamsuhidajat (2005) menjelaskan bahwa persiapan pasien pre operasi meliputi persiapan fisik dan persiapan mental, persiapan mi penting sekali untuk mengurangi faktor resiko yang diakibatkan dari suatu pembedahan.

#### a. Persiapan fisik

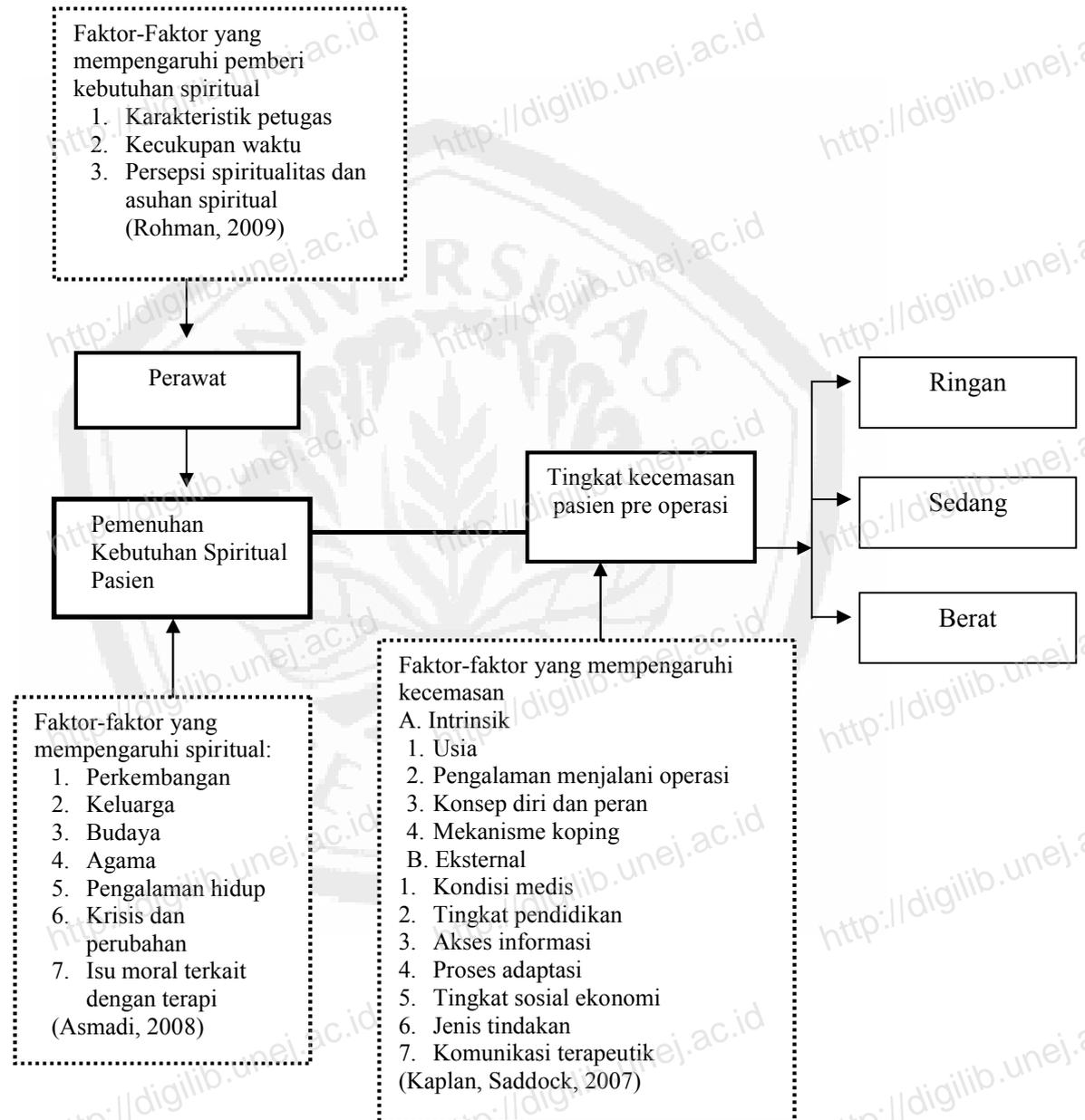
Perawatan yang harus diberikan pada pasien pre operasi adalah mempersiapkan secara fisik hal-hal yang dapat berpengaruh baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap keberhasilan tindakan pembedahan atau operasi, diantaranya adalah pertama keadaan umum pasien yang meliputi: kesadaran, tensi, nadi, suhu serta pemeriksaan fisik seperti dekubitus, edema, atau bunyi nafas abnormal; kedua keseimbangan cairan dan elektrolit harus normal; ketiga status nutrisi harus baik; keempat klisma dan puasa yaitu pengosongan lambung dan kolon harus baik dan bersih; kelima *personal hygiene* pasien harus baik; dan keenam pengosongan kandung kemih (Sjamsuhidajat, 2005).

#### b. Persiapan mental

Pasien secara mental harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan, karena selalu ada rasa cemas atau takut terhadap penyuntikan, nyeri luka, anestesia, bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati. Dalam hal ini, hubungan baik antara penderita, keluarga dan tenaga kesehatan sangat membantu untuk memberikan dukungan sosial (*support system*). Kecemasan ini adalah reaksi normal yang dapat dihadapi dengan sikap terbuka dan penerangan dari dokter dan petugas pelayanan kesehatan lainnya (Sjamsuhidajat, 2005).

## BAB 3. KERANGKA KONSEP

### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

 : tidak diteliti

 : diteliti

 : tidak diteliti

 : diteliti

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan (Hidayat, 2007). Hipotesis penelitian ini adalah

Ho : tidak ada hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan tingkat kecemasan pasien pra operasi di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember.

## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

### **4.1 Rancangan Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu variabel sebab atau risiko dan variabel akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu waktu (dalam waktu yang bersamaan) (Notoatmodjo, 2005).

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari obyek penelitian sebagai sumber data yang mempunyai karakteristik tertentu (Arikunto, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pre operasi di RSD. Dr Soebandi dari bulan mei sampai sampai juni 2012.

#### **4.2.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien pre operasi satu hari sebelum operasi di ruang rawat inap (ruang bedah ortopedi, ruang bedah wanita dan ruang bedah khusus) selama bulan april-mei 2012 yang memenuhi kriteria inklusi.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan peneliti yaitu teknik sampel *total purposive sampling*. *Total sampling* adalah Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Kemudian sampel yang akan diambil disesuaikan dengan kriteria inklusi dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah pengambilan sampel didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmojo, 2010).

#### 4.2.3 Kriteria sampel

Kriteria inklusi merupakan kriteria dari sample yang cocok atau sesuai dan memenuhi syarat penelitian dan juga mewakili dari populasi (Arikunto, 2006). Responden pada penelitian ini adalah pasien pra operasi di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember dengan kriteria:

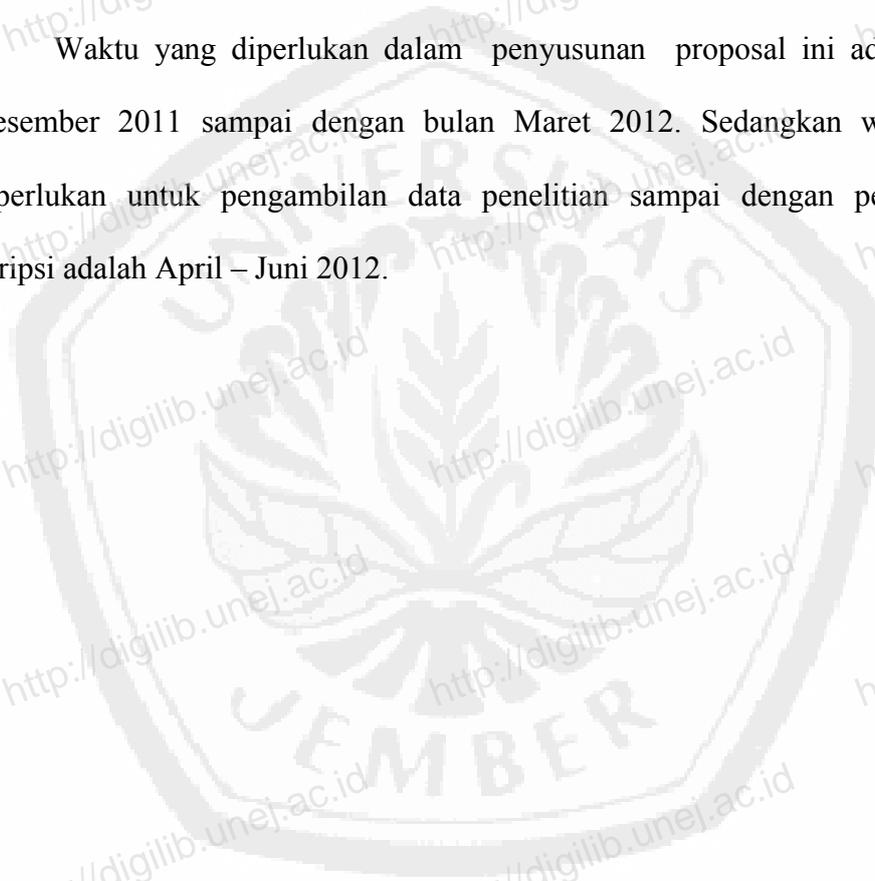
- a. pasien operasi mayor dengan jenis operasi elektif;
- b. pasien pertama kali melakukan operasi;
- c. pasien berusia 18 - 60 tahun;
- d. pasien sadar dan kooperatif, tidak berada dalam keadaan gangguan jiwa, misalnya *anxiety disorder*;
- e. pasien sehari menjelang operasi;
- f. pasien dengan pendidikan minimal SMA;
- g. pasien dengan pendapatan  $\geq$  Rp. 1000.000;

### 4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah di ruang rawat inap (bedah wanita, bedah ortopedi dan bedah khusus) di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember.

### 4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang diperlukan dalam penyusunan proposal ini adalah bulan Desember 2011 sampai dengan bulan Maret 2012. Sedangkan waktu yang diperlukan untuk pengambilan data penelitian sampai dengan penyelesaian skripsi adalah April – Juni 2012.



#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Variabel penelitian dan definisi operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Variabel bebas: Pemenuhan kebutuhan spiritual	Dukungan spiritual yang diberikan perawat melalui beberapa kegiatan, antara lain berdoa, beribadah sesuai dengan kepercayaanya dan bimbingan rohani.	1. mengajak pasien berdoa 2. mendampingi pasien sebelum operasi 3. kegiatan bimbingan rohani 4. memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien 5. mendatangkan pemuka agama	Kuisisioner	Ordinal	Dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi, berdasarkan <i>cut of point data</i> . Distribusi data normal, <i>cut of point</i> menggunakan mean  Terpenuhi $\geq 8$  Tidak terpenuhi $\leq 7$
Variabel terikat: Kecemasan pra operasi	Stimulus yang masuk ke dalam diri pasien mengenai operasi yang dihayati sebagai sesuatu yang berbahaya dan mengancam dirinya	a. Ketegangan b. Kecemasan c. Gugup d. Ketakutan	Skala kecemasan STAI	Ordinal	Skala kecemasan: a. $< 30$ = Ringan b. $30 - 45$ = Sedang c. $> 45$ = Berat Pengkategorian jenjang ordinal (Azwar, 2003)

## **4.6 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan wawancara singkat dengan responden.

### **4.6.1 Sumber data**

#### **a. data primer**

Data primer adalah data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Budiarto, 2003). Data primer didapatkan langsung dari pasien pra operasi di yang masuk kriteria inklusi penelitian di ruang rawat inap (bedah wanita, bedah ortopedi dan bedah khusus) di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember.

#### **b. data sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder di dapatkan dari Ka Bidang Keperawatan, Instalasi Bina Rohani, Ruang rawat inap (Ruang bedah ortopedi, ruang bedah wanita, dan ruang bedah khusus).

### **4.6.2 Teknik pengumpulan data**

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan angket (kuesioner). Langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut:

- a. penelitian dilakukan di setiap ruangan yang digunakan sebagai tempat penelitian dengan alokasi waktu maksimal 5 hari kerja;
- b. responden diberikan informasi oleh peneliti mengenai kegiatan penelitian yang dilakukan pada setiap ruangan rawat inap, dengan menggunakan format *informed consent*;
- c. responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian kemudian diberikan kuesioner (lampiran 3) berisi pertanyaan tentang karakteristik responden
- d. kemudian diberikan kuesioner (lampiran 4) berisi pernyataan tentang pemenuhan kebutuhan spiritual selama di ruang inap yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit untuk diisi sesuai dengan petunjuk;
- e. kemudian dilanjutkan dengan mengisi kuesioner kedua (lampiran 5) untuk menggunakan skala STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) untuk menilai tingkat kecemasan pasien;
- f. setelah semua kuesioner telah terisi, kemudian dilanjutkan dengan melakukan pengolahan data.

#### 4.6.3 Alat pengumpulan data

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua kuesioner dengan jenis kuesioner tertutup. Alat pengumpul data terdiri dari tiga bagian, yaitu lembar wawancara berisi karakteristik responden, pertanyaan pemenuhan kebutuhan spiritual, dan skala kecemasan STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*).

### 1. Lembar wawancara

Instrumen ini berisi pertanyaan mengenai karakteristik responden meliputi nama, jenis kelamin, umur, dan pekerjaan menggunakan bentuk pertanyaan free response question (Notoatmadjo, 2010)

### 2. Kuesioner pemenuhan kebutuhan spiritual

Instrumen ini berisi pertanyaan pemenuhan kebutuhan spiritual yang diberikan oleh perawat, mengacu pada indikator pemenuhan kebutuhan spiritual yang dilaksanakan di RSD. dr.Soebandi yang berjumlah 24 pertanyaan yang bersifat pertanyaan tertutup. Peneliti menggunakan skala *Guttman* dengan skor 1 untuk jawaban “ya” dan 0 untuk jawaban “tidak”. Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi dua yaitu terpenuhi dan tidak terpenuhi. Pengkategorian berdasarkan *cut of point* data. Jika distribusi data normal maka *cut of point* menggunakan mean, jika distribusi data tidak normal maka *cut of point* menggunakan mean. Distribusi data normal *cut of point* menggunakan mean, nilai mean 8, sehingga kebutuhan spiritual terpenuhi bila nilai memiliki skor  $\geq 8$ , dan tidak terpenuhi jika memiliki skor  $\leq 7$ .

Tabel 4.6 Sebaran Pertanyaan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Variabel	Indikator	Bentuk Pertanyaan	
		Positif	Negatif
Pemenuhan Kebutuhan Spiritual oleh Perawat	1. mengajak pasien berdoa	1,2,3,14	
	2. mendampingi pasien sebelum operasi		
	3. mengingatkan keluarga untuk mendoakan pasien	5,6,8,16	4,7
	4. memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien	3	12
	5. mempertemukan dengan rohaniwan	9,10,13	
		11	15

### 3. Skala Kecemasan STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

Alat ukur yang digunakan untuk memperoleh data tentang derajat kecemasan adalah STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) yang disusun oleh Spielberger dan Gorsuch pada tahun 1966 dan oleh Spielberger et al, pada tahun 1970. STAI ini terdiri dari 2 kategori komponen kecemasan yang berbeda, yaitu kecemasan dasar (*Trait Anxiety*) dan kecemasan sesaat (*State Anxiety*). Skala kecemasan tersebut dapat digunakan keduanya ataupun satu saja, sesuai dengan tujuan penelitian. Skala kecemasan sesaat (*State Anxiety*) relatif stabil, dengan demikian tidak tergantung waktu dan situasi

Komponen-komponen dari *State Anxiety* adalah ketegangan (*tension*), kecemasan (*nervousness*), kekhawatiran (*worry*) dan kegugupan (*apprehension*) yang dimunculkan dalam *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, 1972). Alat ukur ini telah dimodifikasi oleh Dr. Bill Raksadjaya. *State Scale* terdiri dari 20 kalimat pernyataan yang menjangkau keadaan individu pada saat ini atau sekarang. Untuk item-item yang mengindikasikan keberadaan kecemasan, pemberian skornya dilakukan sesuai dengan urutan pilihan jawaban. Skor 4 diberikan pada pilihan selalu, skor 3 diberikan pada pilihan jawaban sering, skor 2 diberikan pada jawaban kadang-kadang dan skor 1 diberikan pada jawaban tidak pernah. Untuk item yang mengindikasikan ketiadaan kecemasan, penilaiannya dilakukan secara kebalikannya, skor 4 diberikan pada pilihan jawaban tidak pernah, skor 3 pada jawaban sering, skor 2 pada jawaban sedang, skor 2 diberikan pada jawaban sering, dan skor 1 diberikan pada jawaban selalu.

Tabel 4.7 Sebaran Pertanyaan Kecemasan STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

No	Indikator	Bentuk Pertanyaan	
		Positif	Negatif
1.	Ketegangan	3, 12	11
2	Kecemasan	4, 6	5, 19
3	Kegugupan	13, 17	2, 8
4.	Ketakutan	7, 9	1, 20

#### 4.6.4 Uji validitas dan reliabilitas

Instrumen yang dibuat harus dilakukan uji coba karena dari uji coba ini dapat diketahui mengenai mutu dari sebuah instrumen. Uji coba dilakukan dengan melakukan uji validitas dan uji reliabilitas (Suryabrata, 2008). Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010). Instrumen yang diuji yaitu kuesioner pemenuhan kebutuhan spiritual dan kuisisioner kecemasan. Pada pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas alat ukur, agar memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal maka sebaiknya jumlah responden untuk uji coba paling sedikit adalah 20 orang (Notoatmodjo, 2010). Uji instrumen dilakukan di RSD. Balung Kabupaten Jember, rumah sakit ini merupakan rumah sakit pemerintah daerah yang juga merupakan pusat rujukan bagi pelayanan kesehatan di Jember.

Semua instrumen penelitian dilakukan uji validitas menggunakan *pearson product moment (r)*. Dasar pengambilan keputusan adalah valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dan tidak valid jika  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel. Taraf signifikan yang digunakan adalah 5% . Uji reliabilitas untuk kuesioner menggunakan *Alpha Cronbach*, dasar pengambilan keputusan adalah reliabel jika nilai *alpha*  $>$  0,7 (Riwidikdo, 2007).

Berdasarkan hasil dari perhitungan dengan SPSS didapatkan hasil bahwa kuisisioner pemenuhan kebutuhan spiritual dikatakan valid bila  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel pada tingkat kemaknaan 5% ( $r = 0,444$ ). Hasil uji validitas didapatkan bahwa  $r$  hitung pada pernyataan butir 2, 5, 6, 10, dan 14 kurang dari  $r$  tabel (0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan tersebut tidak valid. Butir-butir pernyataan yang tidak valid tersebut tidak digunakan karena masing-masing butir tersebut telah terwakilkan dengan butir-butir pernyataan lainnya. Nilai koefisien *alpha* pada kuisisioner ini adalah 0,932 dengan demikian instrumen pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dikatakan reliabel.

Instrumen kecemasan STAI memiliki nilai  $r$  hitung  $>$  dari  $r$  tabel pada tingkat kemaknaan 5% ( $r = 0,444$ ). Hasil uji validitas didapatkan bahwa  $r$  hitung pada pernyataan butir 10, 14, 15, 16 dan 18 kurang dari  $r$  tabel (0,444), sehingga dapat disimpulkan bahwa pernyataan tersebut tidak valid. Butir-butir pernyataan yang tidak valid tersebut tidak digunakan karena masing-masing butir tersebut telah terwakilkan dengan butir-butir pernyataan lainnya. Nilai koefisien *alpha* pada kuisisioner ini adalah 0,881 dengan demikian instrumen pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dikatakan reliabel.

## 1.7 Pengolahan dan Analisis Data

### 4.7.1 Pengolahan data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan data berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007). Adapun kegiatan pengolahan data adalah sebagai berikut:

#### a. *Editing*

*Editing* merupakan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Pemeriksaan daftar pertanyaan ini dapat berupa kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan dan relevansi jawaban dari responden (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini proses *editing* akan dilakukan oleh peneliti sendiri.

#### b. *Coding*

*Coding* merupakan pengklasifikasian jawaban-jawaban dari responden dalam suatu kategori tertentu (Setiadi, 2007). Pemberian *coding* pada penelitian ini meliputi:

##### a. variabel Pemenuhan kenutuhan spiritual dengan alat ukur kuesioner

- 1) terpenuhi = 1
- 2) tidak terpenuhi = 0

##### b. variabel tingkat kecemasan dengan alat ukur kuesioner STAI(*State-Trait*

*Anxiety Inventory*)

1. cemas ringan = 1
2. cemas sedang = 2
3. cemas berat = 3

### c. *Processing/entry*

Proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program SPSS yang ada di komputer (Setiadi, 2007). Data-data yang dimasukkan ke dalam program SPSS di komputer, berdasarkan dari hasil pengkodean yang telah dilakukan pada masing-masing variabel yaitu nilai tingkat.

### d. *Cleaning*

*Cleaning* merupakan teknik pembersihan data, data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data berhasil dimasukkan ke dalam tabel dengan mengecek kembali apakah data telah benar atau tidak.

## 4.8 Analisa Data

### 4.8.1 Analisa data deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mendeskripsikan mean, median, simpangan baku, dan varians dari variabel karakteristik responden, dan pemenuhan kebutuhan spiritual terhadap tingkat kecemasan pasien pra operasi. Gambaran masing-masing variabel disajikan dalam tabel distribusi frekuensi.

### 4.8.2 Analisis data inferensial

Analisa inferensial dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel independen (pemenuhan kebutuhan spiritual) dengan variabel dependen (tingkat kecemasan pasien pre operasi) sehingga ada tidaknya hubungan antara kedua variabel tersebut dapat dinilai secara statistik.

Jenis data pada analisa bivariat antara variabel independen dan variabel dependen adalah kategori, maka analisis yang digunakan adalah *chi-square*. Uji *chi square* digunakan untuk melakukan analisis hubungan variabel kategorik dengan variabel kategorik, yang dalam penelitian ini berbentuk nominal dan ordinal (Hastono, 2007). Hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak jika nilai  $p < \alpha$  (0,05) dan  $H_0$  gagal ditolak jika nilai  $p > \alpha$  (0,05) dengan tingkat kepercayaan 95%.

#### 4.9 Etika Penelitian

Semua penelitian yang berhubungan dengan manusia sebagai objek dari penelitian harus mempertimbangkan etika dari penelitian. Dalam hal ini peneliti harus bertanggung jawab penuh untuk melakukan pemeriksaan terkait bahaya dan keamanan penelitian (Potter dan Perry, 2005).

a. lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*)

*Informed consent* berisi tentang surat pernyataan kesediaan untuk mengikuti suatu kegiatan. Dalam hal ini peneliti harus menjelaskan hak-hak dan tanggung jawab peneliti dan responden. Peneliti juga berkewajiban menjelaskan informasi tentang kegiatan, keuntungan dan bahaya yang mungkin terjadi.

b. tanpa nama (*Anonimity*)

Peneliti harus menjaga kerahasiaan identitas responden dan tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data, tetapi lembar tersebut hanya diberi kode tertentu.

c. kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan responden harus dijaga, dan peneliti harus dapat menjamin bahwa informasi apapun yang diberikan responden agar dirahasiakan, dan hanya peneliti dan responden yang tahu.

d. keadilan (*Justice*)

Keadilan dalam penelitian memiliki arti bahwa harus terjadi pemerataan manfaat penelitian, semua responden memiliki hak yang sama dalam penelitian.

e. kemanfaatan (*Beneficence*)

Peneliti harus mengetahui manfaat dan resiko yang dapat muncul dari penelitian yang dilakukan. Penelitian dapat dilakukan apabila manfaat lebih besar dari dampak negatif yang ditimbulkan. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur yang dianjurkan agar tidak membahayakan responden dan guna mendapatkan manfaat semaksimal mungkin.

f. etika rumah sakit

Peneliti memberikan *informed consent* pada rumah sakit untuk melakukan kegiatan penelitian hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual terhadap tingkat kecemasan pra operasi di RSD dr. Soebandi Jember.

## BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 5.1 Hasil Penelitian

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian yang dilakukan dan pembahasan mengenai hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian dilakukan pada pasien pasien pre operasi selama bulan mei–juni 2012 di ruang bedah RSD. dr. Soebandi Jember pada ruang bedah ortopedi, ruang bedah umum, dan ruang bedah wanita. Pasien pre operasi di Ruang bedah RSD dr. Soebandi pada bulan mei–juni 2012, responden disesuaikan dengan kriteria inklusi.

Tabel 5.1 Gambaran lokasi pemilihan sampel penelitian

No	Ruang bedah	Jumlah pasien	Presentase (%)
1.	Ruang Bedah Ortopedi	33	55
2.	Ruang Bedah Khusus	16	26,7
3.	Ruang Bedah Wanita	11	18,3
<b>Total</b>		60	100

Sumber: Data Primer, 2012

Peneliti menentukan calon responden dengan melakukan survey awal pada pasien yang akan dilakukan operasi, kemudian diidentifikasi sesuai kriteria inklusi, sehingga responden yang diperoleh homogen sebanyak 27 orang. Pengambilan data menggunakan alat ukur berupa kuesioner, berisi tentang karakteristik responden, kuesioner pemenuhan kebutuhan spiritual dan kuesioner tingkat kecemasan pasien. Cara pengisian kuesioner dengan membacakan isi kuesioner kepada responden atau kuesioner dapat diisi oleh responden sendiri.

### 5.1.1 Analisis univariat

Analisis univariat terdiri distribusi frekuensi dari karakteristik responden menurut umur, jenis kelamin, pekerjaan, pemenuhan kebutuhan spiritual dan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

#### a. Karakteristik responden.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik Responden di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei 2012-Juni 2012

No.	Karakteristik Responden	Jumlah (orang)	Presentase (%)
1.	Usia		
	Dewasa awal (18 – 40 tahun)	7	25,9%
	Dewasa pertengahan 40 – 60	20	74,1%
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
2.	Jenis Kelamin		
	Laki – laki	12	44,4%
	Perempuan	15	55,6%
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>
3.	Pekerjaan		
	PNS	8	29,6%
	Pensiunan	5	18,5%
	Karyawan swasta	4	14,8%
	Wiraswasta	5	18,5%
	Petani	5	18,5%
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>
4.	<b>Pendidikan</b>		
	SMA	5	18,5%
	Akademi	7	33,3%
	PT	13	48,1%
	<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>
5.	<b>Penghasilan</b>		
	Rp $\geq$ 1.000.000,-	5	18,5%
	Rp 1.000.000,- - 1.500.000,-	4	14,8%
	Rp $\geq$ 1.500.000,-	18	66,7%
	<b>Total</b>	<b>27%</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer, 2012

Berdasarkan tabel diatas, dari 27 pasien pra operasi dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien pra operasi berusia dewasa pertengahan. Distribusi jenis kelamin hampir sama antara laki-laki dan perempuan, yaitu sebanyak 12 orang (44,4%) laki-laki, dan perempuan sebanyak 15 orang (55,6%). Distribusi pekerjaan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden terbanyak bekerja sebagai PNS sebanyak 8 orang (29,9%).

#### b. Pemenuhan kebutuhan spiritual

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf (Kozier, 2008). Distribusi pemenuhan kebutuhan spiritual di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei 2012-Juni 2012

<b>Kebutuhan Spiritual</b>	<b>Frekuensi (orang)</b>	<b>Presentase (%)</b>
<b>Terpenuhi</b>	19	70,4%
<b>Tidak terpenuhi</b>	8	29,6%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer, 2012

Data hasil penelitian Tabel 5.2 menunjukkan mayoritas responden menyatakan kebutuhan spiritual terpenuhi sebanyak 19 orang (70,4%).

#### c. Tingkat kecemasan

Kecemasan merupakan ekspresi emosi seseorang ketika mereka dihadapkan pada suatu hal yang mengancam. Distribusi tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei 2012-Juni 2012

Tingkat kecemasan	Frekuensi	Presentase (%)
Cemas ringan	18	66,7%
Cemas sedang	9	33,3%
Cemas berat	0	0%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data Primer, 2012

Data hasil penelitian yang dilakukan pada 27 responden, sebagian besar responden mengalami cemas ringan sebanyak 18 orang (66,7%) dan cemas berat tidak ditemukan.

d. Tingkat kecemasan berdasarkan karakteristik responden

Kecemasan dipengaruhi oleh beberapa faktor, berikut merupakan distribusi tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan karakteristik responden.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Tingkat Kecemasan		
		Ringan	Sedang	Berat
1.	<b>Usia</b>			
	Dewasa awal (18 – 40 tahun)	1	6	
	Dewasa pertengahan 40 – 60	19	1	
	Total	20	7	
2.	<b>Jenis Kelamin</b>			
	Laki – laki	8	3	
	Perempuan	11	5	
	Total	19	8	
3.	<b>Pekerjaan</b>			
	PNS	5	3	
	Pensiunan	5		
	Karyawan swasta	3	1	
	Wiraswasta	4	1	
	Petani	4	1	
	Total	21	6	
4.	<b>Pendidikan</b>			
	SMA	4	1	
	Akademi	7	2	
	PT	10	3	
	Total	21	6	
5.	<b>Penghasilan</b>			
	Rp $\geq$ 1.000.000,-	4	1	
	Rp 1.000.000,- - 1.500.000,-	3	1	
	Rp $\geq$ 1.500.000,-	14	4	
	Total	21	6	

Sumber: Data Primer, 2012

Data dari tabel diatas dapat diketahui bahwa responden dengan usia dewasa pertengahan sebanyak 19 responden mayoritas mengalami cemas ringan, ada 11 responden dengan jenis kelamin perempuan mengalami cemas ringan. Pekerjaan responden dengan cemas ringan adalah responden dengan pekerjaan guru sebanyak 5 orang dan pensiun sebanyak 5 orang. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kecemasan pasien pre operasi, berdasar data diatas, responden dengan pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi (PT) sebanyak 10 orang memiliki tingkat kecemasan ringan, dan tingkat kecemasan berdasarkan penghasilan, ada 14 orang dengan penghasilan  $\geq$  Rp 1.500.000,- mengalami cemas ringan.

## 5.2 Analisa bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini adalah hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi

Tabel 5.6 Hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat Kecemasan pasien pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Mei-Juni 2012

Pemenuhan kebutuhan spiritual	Tingkat kecemasan						Total	OR	p value	
	Ringan		Sedang		Berat					
	n	%	n	%	n	%				
Tidak terpenuhi	2	25	6	75	0	0	8	100	0,62	0,006
Terpenuhi	16	84,2	3	15,8	0	0	19	100		
<b>Total</b>	18	66,7	9	33,3	0	0	27	100		

Sumber: Data Primer, 2012

Hasil analisis pada tabel diatas diperoleh data bahwa pada 19 orang (70,4 %) pasien pre operasi dengan kebutuhan spiritual terpenuhi, diketahui sebanyak 16 orang (84,2%) mengalami cemas ringan, 3 orang (15,8%) mengalami cemas sedang dan tidak ada yang mengalami cemas berat. Pada 8 orang (29,6%) pasien pre operasi dengan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi, diketahui sebanyak 2 orang (25%) mengalami cemas ringan, dan 6 orang (75%) mengalami cemas sedang, dan tidak ada yang mengalami cemas berat. Pada 18 responden dengan kecemasan ringan ada 16 orang (84,2%) responden yang kebutuhan spiritualnya terpenuhi, dan pada 9 responden dengan kecemasan sedang ada 6 orang (75%) yang kebutuhan spiritualnya tidak terpenuhi.

Pada penelitian ini didapatkan nilai *p value* 0,006 pada  $\alpha = 0,05$ . Hal ini menunjukkan  $H_0$  ditolak dan menunjukkan ada hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi. Nilai OR juga menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual mempunyai peluang 0,62 kali untuk mengalami kecemasan ringan. Berdasarkan analisis maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan di RSD dr. Soebandi Jember.

## **5.1 Pembahasan**

### **5.2.1 Karakteristik responden**

Karakteristik responden berdasarkan tabel 5.2 didapatkan bahwa sebagian besar pasien pra operasi berusia dewasa pertengahan, sebanyak 20 orang (74,1%) dan 7 orang (25,9%) pasien berusia dewasa awal. usia dewasa dibagi menjadi dua bagian, yaitu dewasa awal dan dewasa pertengahan (Hurlock, 1993).

Peneliti menganalisa bahwa pada umur 40 tahun (dewasa pertengahan) merupakan fase dimana tubuh mulai mengalami degenerasi sel, dan mengalami penurunan fungsi. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan Stanley (2006) beberapa penyakit tertentu seperti stroke, diabetes, dan kanker prostat biasanya dialami oleh pria mencapai usia 40 tahun ke atas. Wanita cenderung mengalami perubahan fungsi hormon memasuki usia pertengahan, sehingga konsumsi obat-obatan seperti pil kb juga memicu terjadinya kanker payudara, maupun kanker servik (Prawiroharjo, 2009).

Distribusi jenis kelamin hampir sama antara laki-laki dan perempuan, sebanyak 12 orang (44,4%) laki-laki, dan perempuan sebanyak 15 orang (55,6%). Berkaitan dengan karakteristik jenis kelamin responden, jenis kelamin perempuan memiliki resiko menghadapi klimakterium. Klimakterium merupakan periode peralihan dari fase reproduksi menuju fase usia tua (senium) yang terjadi akibat menurunnya fungsi degeneratif dan endokrinologi dari ovarium (Potter & Perry, 2005). Pada usia > 30 tahun ovarium mulai mengecil dan jumlah kista fungsional bertambah, perempuan beresiko mengalami penyakit pada sistem reproduksi, dan laki-laki memiliki resiko terserang kanker prostat dan kanker usus.

Karakteristik responden berdasar jenis pekerjaan menunjukkan bahwa sebanyak 8 orang (29,9%) pasien pre operasi adalah PNS, sebanyak 5 orang (18,5%) bekerja sebagai pensiunan, wiraswasta dan petani, dan sebanyak 4 orang (14,8%) sebagai karyawan swasta. Pekerjaan mempengaruhi kesadaran akan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pasien yang mempunyai pekerjaan yang mapan dan berpenghasilan tinggi tidak berpengaruh masa hospitalisasi.

Kesadaran akan pentingnya kesehatan sudah disiapkan sedini mungkin dengan mengikuti asuransi. Responden dengan pekerjaan mapan, memanfaatkan asuransi kesehatan saat ada anggota keluarganya mengalami hospitalisasi misalnya askes, dan jamsostek. Hal ini sesuai dengan pernyataan Blum (dalam Notoatmojo, 2002) faktor sosial dan ekonomi seperti lingkungan sosial, tingkat pendapatan, pekerjaan, dan ketahanan pangan dalam keluarga merupakan faktor yang berpengaruh besar pada penentuan derajat kesehatan seseorang.

Tingkat penghasilan responden sebagian besar adalah  $\geq 1.500.000,-$ , hal ini mempengaruhi kesadaran mereka akan pentingnya kesehatan. Upah Minimum Regional (UMR) Kabupaten Jember menurut Badan Pusat Statistik (2010) adalah Rp 875.000,-/bulan. Responden yang berpendapatan  $< \text{Rp } 875.000,-/\text{bulan}$  adalah keluarga yang memiliki tingkat ekonomi kurang mampu. Seseorang dengan penghasilan lebih dari UMR dapat dikatakan telah masuk dalam kategori keluarga sejahtera. Keluarga sejahtera adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhannya, baik yang bersifat dasar, sosial psikologis maupun kesehatan, dan sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik (Rasni, 2008).

### **5.1.2 Pemenuhan kebutuhan spiritual**

Pemenuhan kebutuhan spiritual yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan spiritual yang diberikan perawat melalui beberapa kegiatan, antara lain berdoa, beribadah sesuai dengan kepercayaannya dan bimbingan rohani. Dalam hal ini peran perawat sangat dibutuhkan dalam pemberian asuhan keperawatan secara holistik meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual.

Dukungan spiritual yang dimaksud seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama yang diyakini pasien, memberikan privacy untuk berdoa, memberi kesempatan pada pasien untuk berinteraksi dengan orang lain (keluarga atau teman) (Young & Koopsen, dalam Hamid, 2000). Selain itu, perawat dapat memberikan pemenuhan kebutuhan spiritualitas kepada pasien yaitu dengan memberikan dukungan emosional, membantu dan mengajarkan doa, memotivasi dan mengingatkan waktu ibadah sholat, mengajarkan relaksasi dengan berzikir ketika sedang kesakitan, berdiri di dekat klien, memberikan sentuhan selama perawatan (Potter & Perry, 2005).

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 27 responden, didapatkan bahwa 19 orang (70,4%) pasien menyatakan kebutuhan spiritual terpenuhi. Dukungan spiritual terpenuhi yang dirasakan oleh responden diwakili oleh pernyataan yang ada dalam kuesioner pada lampiran 4, dengan indikator mengajak pasien berdoa, mendampingi pasien sebelum operasi, mengingatkan keluarga untuk mendoakan pasien, memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien dan mempertemukan dengan rohaniwan.

Peneliti menganalisa dukungan spiritual ini tercipta saat lama rawat inap pasien sudah lebih dari satu hari, dimana pasien sudah mulai tumbuh rasa percaya pada perawat dan perawat sudah mengetahui perkembangan kondisi pasien. Setiap ada pasien baru, perawat memfasilitasi rohaniwan untuk melakukan kunjungan, lama rawat inap memberikan kesempatan yang besar untuk dilakukannya kunjungan oleh rohaniwan, sehingga kebutuhan spiritual akan semakin maksimal, sehingga persiapan mental pasien akan semakin matang.

Dukungan spiritual ini berfungsi membentuk mekanisme coping adaptif terhadap suatu peristiwa yang dianggap mengancam bagi kelangsungan hidup klien. Dalam pemenuhan kebutuhan spiritual peran perawat memberikan pengaruh baik fisik maupun psikologisnya sehingga klien merasa lebih aman, dan akhirnya kecemasan dapat menurun (Anas, dalam Suherlan 2012). Spiritualitas yang adekuat dapat menyediakan kesempatan untuk menemukan sebuah arti kehidupan, dukungan sosial dan meningkatkan rasa nyaman serta kepercayaan diri (Zwingmann, 2011).

Spiritualitas mempunyai peran penting bagi kesehatan, kesejahteraan dan kualitas hidup individu (McSherry, 1998) menyatakan bahwa dimensi spiritual mencoba mengharmonisasi universalitas, mendorong seseorang untuk melakukan berbagai upaya yang lebih besar dan kuat, menjadikan lebih fokus untuk melakukan yang terbaik ketika seseorang menghadapi keadaan stress emosional, penyakit fisik dan kematian.

Hasil penelitian di dapatkan bahwa terdapat 8 orang (29,6%) menyatakan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi. Peneliti menganalisa bahwa kebutuhan spiritual tidak terpenuhi menunjukkan bahwa intensitas pertemuan perawat dengan responden kurang, misalnya pasien baru datang dari poli dan keesokan harinya akan dilakukan operasi sehingga belum sempat terkaji oleh peneliti. Lama rawat inap yang terlalu cepat mengurangi kesempatan pasien untuk bertemu lebih intensif dengan perawat, termasuk bertemu dengan rohaniwan. Kemungkinan bertemu dengan perawat dan rohaniwan justru sesudah operasi.

Menurut Rohman (2009) kebutuhan spiritual yang tidak terpenuhi terjadi karena beberapa faktor lain seperti ketidakcukupan waktu perawat, persepsi perawat terhadap asuhan spiritual, dan perhatian perawat akan spiritualitas dirinya dan kesehatan spiritual perawat itu sendiri (Rohman, 2009). Menurut Kozier (2004) perawat yang memperhatikan spiritualitas dirinya, dapat bekerja lebih baik dalam merawat klien yang mempunyai kebutuhan spiritual. Lebih lanjut, Kozier menyatakan bahwa untuk dapat memberikan asuhan spiritual kepada kliennya, adalah penting menciptakan kondisi nyaman akan spiritualitas diri perawat sendiri, dengan demikian perhatian dan kenyamanan spiritualitas diri perawat dalam memberikan asuhan spiritual kepada kliennya

### **5.1.3 Tingkat kecemasan pasien pre operasi**

Kecemasan merupakan suatu kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2007). Hal ini juga dapat terjadi pada setiap orang termasuk seseorang yang akan mengalami operasi. Menurut Smeltzer & Bare (2002), kecemasan pra operasi merupakan suatu bentuk respon antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai suatu ancaman. Disposisi untuk melihat situasi sebagai sesuatu yang berbahaya dan mengancam sehingga menimbulkan kecemasan disebut dengan *state anxiety* atau kecemasan sesaat (Spielberger, 1975).

Pasien yang akan dioperasi dihadapkan pada pengalaman yang menakutkan bagi sebagian pasien. Tingkat kecemasan pada pasien pre operasi pada penelitian ini diukur menggunakan kuesioner STAI (*State Trait Anxiety Inventory*), yang awalnya berjumlah 20 pertanyaan, setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas menjadi 15 pertanyaan.

Berdasarkan data yang diperoleh, mayoritas pasien pra operasi mengalami kecemasan ringan yaitu sebesar 18 orang (66,7%). Kecemasan ringan yang terjadi pada pasien pra operasi mengindikasikan pasien lebih siap secara psikologis untuk menghadapi prosedur operasi. Kecemasan ringan juga menunjukkan bahwa koping yang digunakan oleh pasien pra operasi tersebut efektif. Koping yang dimaksud adalah dukungan spiritual yang diberikan perawat. Penggunaan mekanisme koping menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme koping yang digunakan dapat mengatasi kecemasannya (Asmadi, 2008).

Beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang diantaranya adalah tingkat pendidikan dan pekerjaan. Karakteristik responden dalam penelitian adalah pasien dengan pendidikan SMA 18,5%, akademi 33,3% dan perguruan tinggi sebanyak 48,1%. Tingkat pendidikan baik akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan (Notoatmodjo, 2000).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 8 orang (29,9%) pasien pre operasi adalah PNS. Hal ini dapat menjadi faktor yang menyebabkan tingkat kecemasan pasien ringan karena dimungkinkan pada pasien dengan pendapatan yang tinggi, mereka berpikir bagaimana dapat sehat dan kembali bekerja, mengenai operasi yang akan mereka jalani mereka tidak berpikir mengenai biaya-biaya yang akan mereka keluarkan, karena pada umumnya PNS menggunakan fasilitas asuransi kesehatan.

Hasil penelitian diperoleh ada sebanyak 9 pasien (33,3%) pasien pra operasi dengan kecemasan sedang dan yang mengalami cemas berat tidak ada. Cemas sedang adalah perasaan yang lebih memfokuskan pada hal yang penting saat itu saja dan mengesampingkan hal lainnya. Sedangkan cemas berat adalah kondisi paling buruk diantara tingkatan kecemasan dalam penelitian ini. Kecemasan sedang bisa muncul diakibatkan oleh stimulus takut gagal dan mungkin karena ketidaksiapan responden sebelum menghadapi operasi.

Pasien dengan tingkat kecemasan sedang, memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain dan mempersempit lapang persepsi individu (Stuart, 2007). Keadaan fisiologis yang dialami pasien pra operasi dengan kecemasan sedang dapat menjadikan kondisi tersebut menjadi kontra indikasi dilakukanya pembedahan.

Kecemasan sedang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya usia dan jenis kelamin. Karakteristik usia responden, sebanyak 7 orang (25,9%) pasien berusia dewasa awal. Kecemasan lebih sering terjadi pada usia dewasa awal bisa disebabkan karena pada usia ini merupakan usia transisi atau perpindahan dari remaja ke dewasa. Hal ini selaras dengan pendapat Santrock (dalam Dariyo, 2008 dalam Anugerah 2011), yaitu dewasa awal merupakan usia transisi, baik transisi secara fisik, intelektual, maupun peran sosial. Selain itu pada usia dewasa awal, individu tidak lagi bergantung secara psikologis, ekonomis, maupun sosiologis kepada orang tuanya. Pada usia ini tuntutan kehidupan juga cukup besar, usia reproduktif cenderung membuktikan status sosio ekonomi, sehingga pre operasi membawa dampak kecemasan mengganggu integritasnya.

Karakteristik jenis kelamin juga mempengaruhi kecemasan pasien pre operasi, jika dilihat dari hasil penelitian, jumlah pasien pre operasi antara laki-laki dan perempuan seimbang yaitu 15 orang (55,6%) perempuan dan 12 orang (44,4%) laki-laki. Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Myers (1983) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan (Power dalam Myers, 1983). James (dalam Smith, 1968) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan juga lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (Cattel, dalam Smith, 1968).

#### **5.2.4 Hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi**

Pemenuhan kebutuhan spiritual yang diberikan perawat berupa dukungan spiritual yang diberikan perawat melalui beberapa kegiatan, antara lain berdoa, beribadah sesuai dengan kepercayaannya dan bimbingan rohani, hal ini berfungsi membentuk sebuah mekanisme coping adaptif karena dapat memberi ketenangan terhadap pasien saat mengetahui kondisi kesehatannya dan menimbulkan sikap positif pada pasien. Hasil penelitian diatas sesuai dengan pernyataan Taylor (1997) bahwa dukungan spiritual ini sangat diperlukan untuk menerima keadaan sakit yang dialami, khususnya jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama dan hasilnya belum pasti. Menurut American Psychological Association (1992 dalam Hawari, 2005) bahwa spiritualitas dapat meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengatasi penderitaan jika seseorang sedang sakit dan mempercepat penyembuhan selain terapi medis yang diberikan.

Peneliti menganalisa kecemasan ringan yang terjadi pada pasien dengan kebutuhan spiritual terpenuhi dikarenakan beberapa faktor, yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang yaitu budaya, pengalaman hidup, dan praktek keagamaan. Faktor budaya, salah satunya kebiasaan keluarga untuk berdoa, sehingga membawa kebiasaan pada seseorang untuk berdoa. Pernyataan tersebut sesuai dengan Hamid (2000) bahwa latar belakang etnik dan sosial budaya, pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga.

Spiritualitas seseorang juga dipengaruhi oleh pengalaman hidup. pengalaman hidup seseorang baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Hamid (2008) menyatakan peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia menguji imannya.

Ada 3 orang responden (15,8%) dengan kebutuhan spiritual terpenuhi, mengalami cemas sedang. Hal ini bisa dikarenakan beberapa hal salah satunya usia responden dalam rentang dewasa muda 18-40 tahun. Peneliti menganalisa bahwa usia dewasa awal merupakan masa transisi, pada usia tersebut merupakan usia reproduktif, pada rentang usia tersebut seseorang biasanya lebih perhatian pada pengejaran pekerjaan dan sosial, sehingga pemenuhan kebutuhan spiritual belum merupakan prioritas utama. Hal ini sesuai dengan Potter & Perry (2005), bahwa selama periode ini individu mencoba untuk membuktikan status sosio ekonominya. Sehingga walaupun hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan spiritual terpenuhi, pasien tetap mengalami cemas sedang. Diagnosa medis juga dapat mempengaruhi kecemasan pasien pra operasi karena akibat yang ditimbulkannya. Kecemasan sedang yang dialami responden dapat juga disebabkan karena akibat dari operasi yang dapat mengganggu konsep diri.. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa perawatan di rumah sakit, penyakit, pembedahan, perpisahan dari keluarga, dan faktor lainnya dapat juga mempengaruhi konsep diri. Misalnya, amputasi anggota gerak atau kanker payudara dapat mengakibatkan perubahan citra tubuh (Potter & Perry, 2005).

Kecemasan sedang yang terjadi pada pasien dengan kebutuhan spiritual terpenuhi juga dikarenakan beberapa faktor, yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang antara lain krisis dan perubahan, serta terpisah dari ikatan spiritual. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian, khususnya pada pasien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. menurut Toth (dalam Craven & Hirnle, 1996) perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional.

Terpisah dari ikatan spiritual cenderung terjadi pada penyakit yang bersifat akut, sehingga perasaan pasien masih diliputi perasaan kecewa, misalnya kecewa pada tuhan karena telah ditimpa musibah. Menurut Hamid (2008), menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat diinginkan.

Data dari responden dengan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi ada 8 orang (29,6%), 2 orang (25%) diantaranya mengalami cemas ringan dan 6 orang diantaranya (75%) mengalami cemas sedang, tidak ada yang mengalami cemas berat. Kecemasan sedang yang dialami pasien dengan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi berhubungan dengan dukungan spiritual yang berfungsi sebagai pembentuk mekanisme koping individu terhadap situasi yang mengancam kehidupan, dalam hal ini acaman terhadap keberhasilan operasi.

Peran spiritual dalam hal mekanisme koping sebagai suatu semangat, atau motivasi untuk hidup, keyakinan, pendekatan, harapan dan kepercayaan pada Tuhan serta kebutuhan untuk menjalankan agama yang dianut, kebutuhan untuk dicintai dan diampuni oleh Tuhan yang seluruhnya dimiliki dan harus dipertahankan oleh seseorang sampai kapanpun agar memperoleh pertolongan, ketenangan, keselamatan, kekuatan, penghiburan serta kesembuhan. Mekanisme koping yang terbentuk sangat tergantung pada kepribadian seseorang dan sejauhmana tingkat stres dari suatu kondisi atau masalah yang dialaminya.

Terdapat 2 orang (25%) dengan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi mengalami cemas ringan. Peneliti menganalisa hal ini bisa dikarenakan faktor dukungan lain baik dari pasien itu sendiri maupun dari keluarga dan mekanisme koping yang cukup baik. Mekanisme koping yang terbentuk sangat tergantung pada kepribadian seseorang dan sejauh mana tingkat stres dari suatu kondisi atau masalah yang dialaminya. Jika dilihat dari karakteristik responden, hal ini juga berhubungan dengan usia responden yang telah memasuki dewasa pertengahan. Menurut Westerhoff's (dalam Kozier, 2008), pada fase ini telah mengetahui konsep yang benar dan yang salah, sehingga tindakan operasi bukan dirasa sebagai suatu keadaan yang mengancam, justru akan membawa kesembuhan. Pertambahan usia juga diikuti oleh perkembangan spiritualitasnya. Hal ini seperti dikemukakan Fowler (dalam Kozier, 2004) yang menyatakan bahwa kematangan spiritual tumbuh dan berkembang sejak lahir hingga akhir hayat.

Siagian (dalam Fitria, 2012) menyatakan bahwa usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan, yang berarti bahwa semakin meningkat umur seseorang, akan semakin meningkat pula kedewasaannya, semakin mampu melaksanakan tugasnya, mengambil keputusan, berfikir rasional, mengendalikan emosi, dan terbuka terhadap pandangan orang lain. Responden juga memiliki pekerjaan yang mapan, yaitu PNS dan pensiunan, dalam hal ini status ekonomi pasien cukup baik, sehingga pasien tidak terlalu memikirkan biaya yang akan mereka keluarkan.

Sunaryo (dalam Fiandini, 2010) menyatakan bahwa pendapatan dan status sosial ekonomi akan menentukan mekanisme coping dalam menghadapi suatu stressor.

Spiritualitas mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan hidup pada individu, dan sebagai sumber dukungan dan kekuatan bagi individu. Pada saat stres individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Dukungan ini sangat diperlukan untuk menerima keadaan sakit yang dialami, khususnya jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama dan hasilnya belum pasti (Hidayat, 2006). Melaksanakan ibadah, berdoa, membaca kitab suci dan praktek keagamaan lainnya sering membantu memenuhi kebutuhan spiritualitas dan merupakan suatu perlindungan bagi individu (Taylor, et al, 1997).

Menurut McNamara (dalam Rohman, 2009), praktek keagamaan seperti, berdoa, membaca kitab suci dan praktek keagamaan lainnya mengaktifasi berbagai regio otak, meliputi lobus frontal, dimana aktivasi pada struktur tersebut dapat membantu seseorang dalam meregulasi fungsi sistem saraf otonom dengan cara menghubungkan lobus frontal dan limbik, hipotalamus dan amigdala nuclei dan berasosiasi dengan fungsi kognitif membentuk sebuah makna dan optimisme.

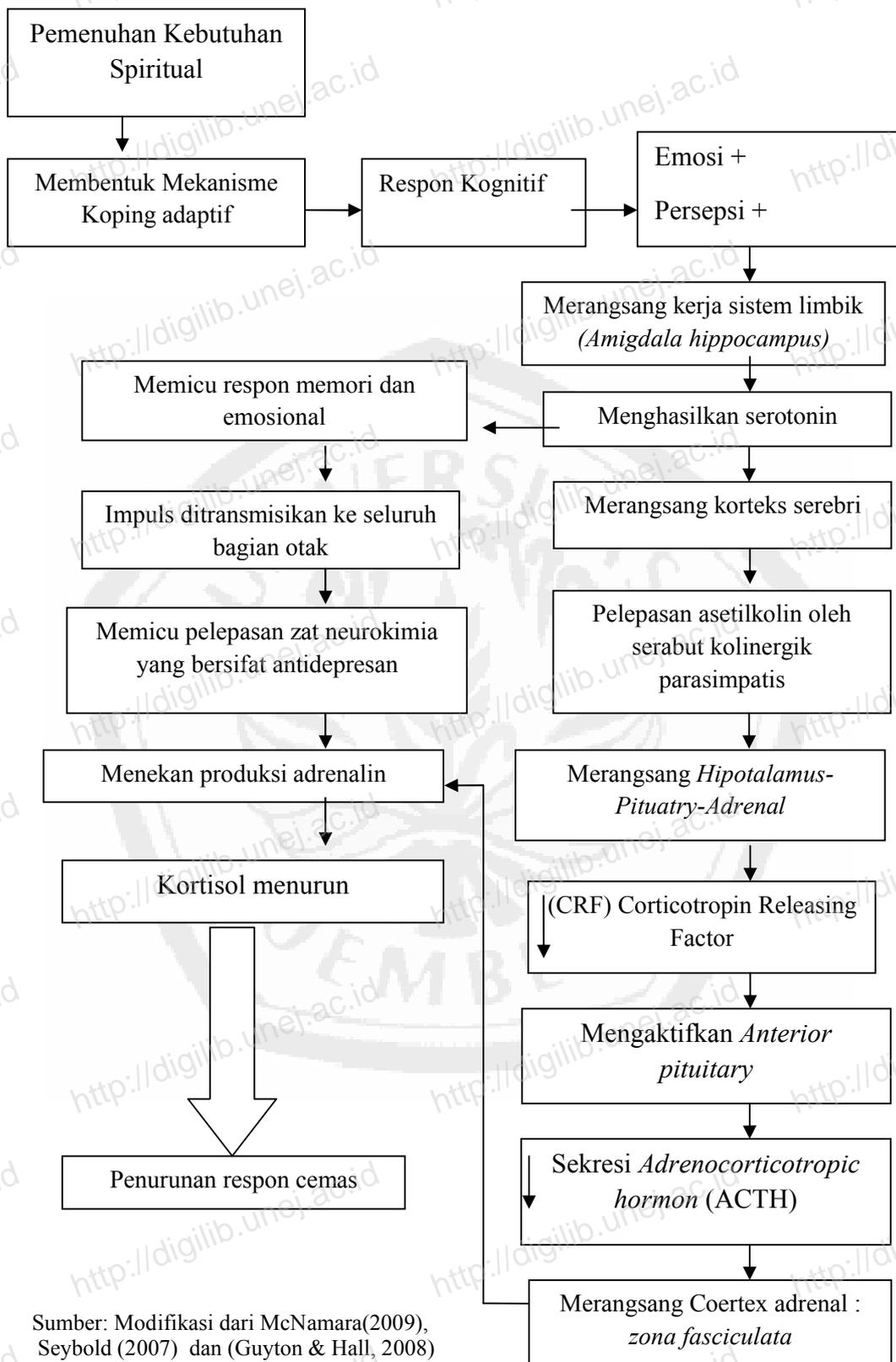
Optimisme akan membangun emosi dan persepsi positif. Roberts (2006, dalam Rohman 2009) menyatakan bahwa kegiatan keagamaan dapat menghasilkan peningkatan kadar serotonin yang mempengaruhi keadaran spiritual dengan cara menghasilkan kesenangan/kegembiraan religius melalui peningkatan perubahan pada sistem serotonin dalam otak. Kesenangan dan kegembiraan membawa dampak relaksasi, dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang sehingga timbul perasaan rileks dan penghilangan.

Pada keadaan rileks, pembuluh darah otot rangka akan mengalami vasodilatasi dan relaksasi sebagai dampak dari pelepasan asetilkolin oleh serabut kolinergik parasimpatis yang berasal dari korteks serebri. Selain itu, pada keadaan rileks, rangsangan–rangsangan yang dapat menimbulkan kecemasan yang menuju ke hipotalamus juga akan berkurang, sehingga rangsangan yang menuju ke kelenjar hipofisis, khususnya hipofisis anterior juga berkurang. Sebagai dampak dari penurunan rangsangan tersebut, maka produksi dari hormon ACTH pun menurun dan diikuti dengan menurunnya sekresi hormon adrenokortikal berupa kortisol, sehingga kecemasan pun juga menurun (Guyton & Hall, 2008).

Menurunkan kecemasan melalui dukungan spiritual berpeluang dilakukan oleh perawat, mengingat perawat merupakan orang pertama dan secara konsisten selama 24 jam menjalin kontak dengan pasien. Menurut Andrew dan Boyle (2002) pemenuhan kebutuhan spiritual memerlukan hubungan interpersonal, oleh karena itu perawat sebagai satu-satunya petugas kesehatan yang berinteraksi dengan pasien selama 24 jam maka perawat adalah orang yang tepat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas membuat individu menerima kondisinya ketika sakit dan memiliki pandangan hidup positif, membantu individu dalam menerima keterbatasan kondisi, memberi kekuatan pikiran dan tindakan pada individu, serta memberi semangat dalam menjalani kehidupan dan hubungan dengan Tuhan, orang lain, dan lingkungan. Dengan terpenuhinya spiritualitas, individu menemukan tujuan, makna, kekuatan, dan bimbingan dalam perjalanan hidup (Young & Koopsen 2005).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Treolar (2002) dalam Rohman, 2009, bahwa perawat tidak cukup siap untuk memberikan asuhan spiritual, karena kurangnya pengetahuan tentang spiritualitas dan bagaimana membantu klien memenuhi kebutuhan spiritualnya, serta keyakinan bahwa spiritualitas merupakan hal yang bersifat pribadi (*private*) dari masing-masing individu, dan keyakinan bahwa asuhan spiritual merupakan tugas pemuka agama. Pada dasarnya pemberian dukungan spiritual tidak serumit itu, perawat sangat berperan dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien, hal ini sejalan dengan yang diungkapkan Hamid (2000) dengan mengusahakan kemudahan seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama yang diyakini pasien, memberikan *privacy* untuk berdoa, atau memberi kelonggaran bagi pasien untuk berinteraksi dengan orang lain (keluarga/teman), menjalin komunikasi yang terapeutik terhadap pasien yang sedang menghadapi kematian dan prosedur pembedahan juga merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.



Gambar 5. Pendekatan spiritual dalam menurunkan kecemasan

### 5.3 Keterbatasan penelitian

#### a. Keterbatasan instrument

Instrumen yang digunakan dalam mengukur tingkat kecemasan diadaptasi dari instrumen STAI (*State Trait Anxiety Inventory*). Adaptasi ke dalam bahasa Indonesia dilakukan sendiri oleh peneliti disesuaikan dengan kondisi dan keadaan pasien pre operasi, sehingga ada kemungkinan terdapat ketidaksesuaian dengan apa yang dimaksudkan dalam kuisioner aslinya.

#### b. Keterbatasan dalam pengumpulan data

Homogenitas dalam menentukan kriteria sampel, sehingga sampel yang diperoleh hanya sedikit.

### 5.4 Implikasi Keperawatan

#### a. Implikasi bagi keperawatan

Penelitian ini memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi. Kecemasan dapat diminimalisir dengan menumbuhkan coping adaptif pada pasien, salah satunya dengan memberikan dukungan spiritual untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan optimisme pasien terhadap keberhasilan operasi. Hal ini sesuai dengan fokus tindakan keperawatan pra operasi yaitu menurunkan tingkat kecemasan pasien.

b. Implikasi bagi manajemen keperawatan

Institusi pelayanan kesehatan hendaknya meningkatkan kesejahteraan pasien secara holistik mengacu pada pemenuhan biopsikososio spiritual, salah satunya dengan memenuhi kebutuhan spiritual dan memfasilitasi peningkatan kemampuan perawat dalam memberikaan asuhan spiritual, mengembangkan asuhan spiritual dalam bentuk protap kerja sehingga protap tersebut dapat dijadikan jaminan akan pelayanan secara komprehensif memandang klien sebagai makhluk yang berespon secara unik dan utuh.

Selain itu perlu pula dikembangkan sistem kerjasama/kolaborasi antara perawat dengan tim kesehatan lain (khususnya pembimbing rohani). Perawat berperan dalam mengidentifikasi dan merumuskan masalah kebutuhan spiritual klien, melakukan intervensi (baik intervensi mandiri maupun kolaborasi dengan pembimbing rohani), dan mengevaluasi hasilnya.

c. Pendidikan keperawatan

Institusi pendidikan keperawatan perlu memberikan perhatian lebih terhadap peningkatan kemampuan mahasiswa keperawatan akan aspek spiritualitas dan pemberian asuhan spiritual sehingga lulusannya memiliki kompetensi yang memadai untuk melakukan asuhan spiritual.

## **BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini diuraikan tentang simpulan dan saran dari penelitian “hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember Mei-Juni 2012”. Kesimpulan dari penelitian ini adalah informasi berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian. Beserta saran sebagai rekomendasi setelah diketahui hasil dari penelitian. Berikut ini beberapa simpulan dan saran yang didapat dari hasil penelitian.

### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden pre operasi di ruang bedah RSD dr. Soebandi didapatkan bahwa responden sebagian besar adalah wanita 15 orang (55,6%) dengan usia dewasa pertengahan 20 orang (74,1%) dan jenis pekerjaan terbanyak adalah PNS sebanyak 8 orang (29,6 %).
- b. Kebutuhan spiritual pasien pre operasi mayoritas terpenuhi sebanyak 19 orang (70,4%). Pemenuhan kebutuhan spiritual merupakan dukungan spiritual yang diberikan perawat melalui beberapa kegiatan, antara lain berdoa, beribadah sesuai dengan kepercayaannya dan bimbingan rohani.

- c. Tingkat kecemasan pasien pre operasi mayoritas berada dalam rentang respon ringan sebanyak 18 orang (66,7%). Hal ini menunjukkan menunjukkan bahwa koping yang digunakan oleh pasien pra operasi tersebut efektif.
- d. terdapat hubungan yang sangat signifikan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di RSD. Dr. Soebandi Jember dengan nilai p value 0,006 ( $\alpha = 0,05$ ), karena P value  $< \alpha$ , maka  $H_0$  ditolak.

## 6.2 Saran

### a. bagi bidang keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam meningkatkan kesejahteraan pasien melalui peningkatan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan spiritual, dengan mengembangkan asuhan spiritual dalam suatu peraturan tetap (protap) kerja sehingga protap tersebut dapat dijadikan jaminan akan pelayanan secara komprehensif memandang klien sebagai mahluk yang berespon secara unik dan utuh.

### b. bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan baru dalam bidang dasar keperawatan, diharapkan institusi pendidikan memberikan perhatian lebih terhadap peningkatan kemampuan mahasiswa keperawatan akan aspek spiritualitas dan pemberian asuhan spiritual sehingga lulusannya memiliki kompetensi yang memadai untuk melakukan asuhan spiritual.

c. bagi penelitian selanjutnya

Penelitian ini diharapkan bisa menjadi acuan dalam melakukan penelitian lain.

Diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor faktor lain terkait dengan pemenuhan kebutuhan spiritual baik dari segi pemberi asuhan keperawatan, misalnya perawat maupun dari penerima asuhan spiritual.



## DAFTAR PUSTAKA

Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.

Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Andrew . M & Boyle. J.S. 1995. *Transcultural Concepts in Nursing Care, 2nd Ed*, Philadelphia, JB Lippincot Company

Anugrah, Angger. 2010. *Pengaruh Aromaterapi Lavender terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember*. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Arisna, I Komang, 2008. *Tingkat Kecemasan Mahasiswa Tingkat I Sebelum Menghadapi Ujian Tengah Semester di Fikes PSIK UPN Veteran Jakarta*. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Veteran.

Azwar, A. dan Prihartono, J. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Budiarto, Eko. 2004. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.

Brockopp, Dorothy Young. 1999. *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Badan Pusat Statistik. 2010. *Hasil Sensus Penduduk Indonesia Tahun 2010*. Jakarta: Badan Pusat statistik

Chapman, L. S. 1997. Spiritual health: A component missing from health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 38-41.

Craven, R. F., Hirnle, C. J. (2009). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.

Crisp, J. Taylor, C., Potter, P.A., & Perry, A. G. (2001). *Fundamental of Nursing*, Singapore: Mosby.

Dahlan. 2006. *Statistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: PT. Arkans.

- Fiandini, P. S. 2010. *Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Ruang Bedah RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember*. Tidak diterbitkan. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Fitria, Deny. 2012. *Hubungan Motivasi Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi*. Tidak diterbitkan. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Gaffar, L. O. (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Guyton, Arthur C. 1997. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Jilid 1*. Jakarta: EGC
- Hamid, A.Y. 2008. *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hamid, A.Y. (2000). *Bahan kuliah Aspek Spiritual dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok : FKM UI
- Hawari, Dadang Prof. dr. Dr. H. 2002. *Dimensi Religi Dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Henderson, V. 2006. *The concepts of nursing*. *Journal of advance nursing*, 53, (1), 25-31. [http://www.journalofadvancednursing.com/docs/jan\\_1978.pdf](http://www.journalofadvancednursing.com/docs/jan_1978.pdf) [Diakses tanggal 2 Januari 2012].
- Hidayat, Aziz A. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hurlock, E.B. 1993. *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Renatang Kehidupan (edisi kelima)*. Jakarta: Erlangga.
- Kozier, B. Erb, G Berman A.J . (1995). *Fundamental of Nursing : concepts, process, and practice. Fifth Edition*. California : Addison-Wesley Publishing Company.
- Kozier, Erb. Berman. Snyder. (2008). *Fudamental of nursing: Concepts, process, and practice. Eight Edition*. New Jersey : Pearson Education. Inc.
- Mauk, K & Schmidt, N. (2004). *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Luekenette, A.G, 2000. *Gerontologic Nursing*. St Louis: Mosby-Year book Inc.
- Long, Barbara C. 2000. *Perawatan Medikal Bedah Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran* : Bandung.

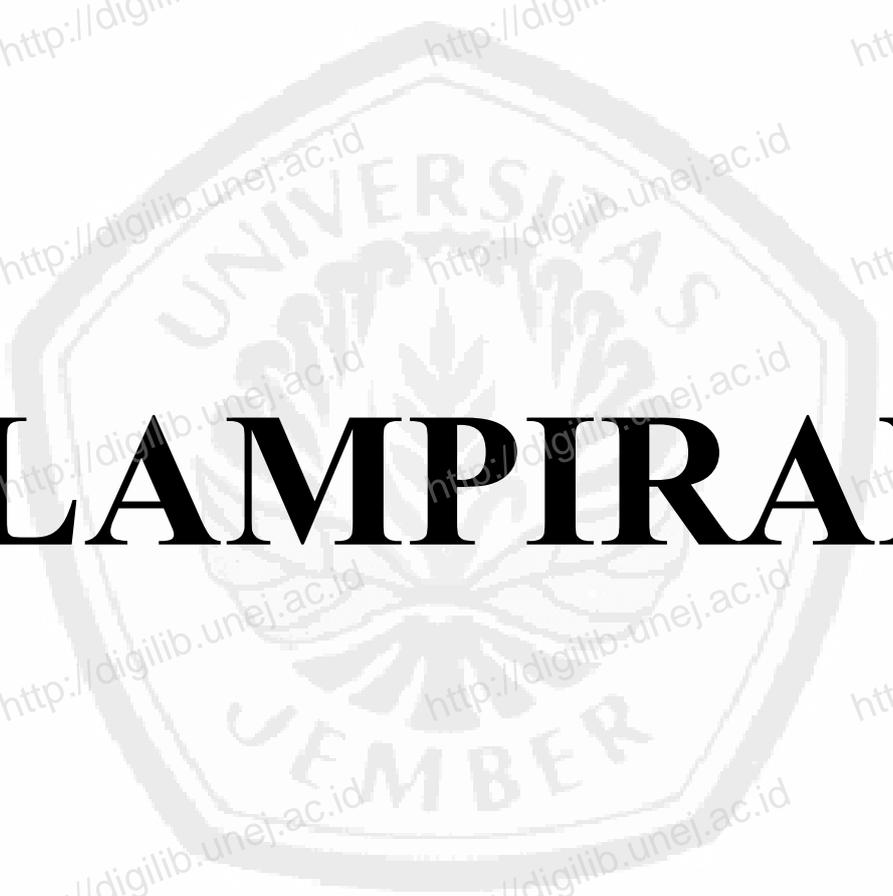
- Lutfu, U. dan Maliya, A. 2008. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien dalam Tindakan Kemoterapi di Rumah Sakit dr. Moewardi Surakarta*. Berita Ilmu Keperawatan. Vol. 1 No. 4.
- Mc Dowell, I. 2006. *Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (1993). *Fundamental of Nursing Concept, Process and Practice*. Third edition. St. Louis : Mosby Years Book. Rawlins, R & Heacock. (1993). *Clinical Manual of Pshyciatric Nursing*. 2nd Ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Peterson, G.A. 1997. *Nursing Perceptions of the spiritual dimension of patient care: The Neuman system model in circular formations*. [Http://proquest.umi.com/pqdweb](http://proquest.umi.com/pqdweb) [diakses tangaal 20 April 2012]
- Puchalski, C. 2004. *Spirituality and Health*. <http://www.spiritualityhealth.com/gr/drop-down.cgi?url=%20frewsh%20fit%20ems%20fblank/%20fitem%20215.html&x=22&y=10> [diakses tanggal 17 Juni 2012].
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Ed 1*. Jakarta: PT. Bina Pustaka
- Rasmita, Dina. 2009. *Karakteristik Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Pasien yang Dirawat di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Sumatera: Universitas Sumatera Utara.
- Rasni, Hanny. 2008. *Buku Pedoman Kuliah Teori dan Praktikum Asuhan Keperawatan Keluarga*. Program Studi Ilmu Keperawatan: Universitas Jember.
- Rohman, 2009. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Asuhan Spiritual Oleh Perawat di RS Islam Jakarta*. Tidak diterbitkan. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Rufaidah, 2006. *Konsep Holistik dalam keperawatan melalui pendekatan Konsep Callista Roy*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/21166/1/ruf-mej2006-2%20%287%29.pdf> [diakses tanggal 20 April 2012)
- Sastroasmoro S, Ismael S, 2008. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta. Graha Ilmu

- Seybold, K.S. 2007. Physiological mechanism Involved In Religiosity/Spirituality and Health. *Journal behaviour medicine*. 30:30 [diakses 22 Juni 2012].
- Sellers, S. C., and Haag, B. A. 1998. *Spiritual nursing interventions*. *Journal of Nursing*, 16(3), 338-354. [diakses 29 Desember 2011].
- Sholeh M. 2005. *Agama Sebagai Terapi Telaah Menuju Kedokteran Holistik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sjamsulhidayat, R., Jong, W. D. 2002. *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi revisi*. Jakarta: EGC.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suherlan, 2012. *Hubungan Peran Perawat Sebagai Pelaksana Dengan Tingkat Kecemasan Klien Pra Operatif Obsgyn di Instalasi Bedah Sentral RSD dr. Soebandi*. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Sumatera: Universitas Muhammadiyah Jember.
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Stuat, GW, Sundeen SJ.1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Taylor, C., Lilis, C., & Le Mone, P. (1997). *Fundamental of Nursing: Art and Science of Nursing Care*. (3<sup>rd</sup> Ed). Philadelphia: Lippincott.
- Tamsuri, Anas 2007. *Konsep penatalaksanaan nyeri: seri kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: EGC.
- Makhija. (2002). "Spiritual Nursing". *Nursing journal of India*. (June, 2002). Style Sheet:[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4036/is\\_%20200206/ai\\_n9120374](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4036/is_%20200206/ai_n9120374). [Diakses tanggal 2 Januari 2012].
- McNamara, P. Grosseohme & Jacobson. (2006). Collaborating with Chaplains to meet Spiritual Needs. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [Diakses tanggal 17 Juni 2012].
- Myers, E. G. 1983. *Social Psychology*. Tokyo. McGraw Hill.
- Natsir, Rina Pristiawati. *Hubungan aspek spiritual perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di RS. Haji Makassar*. Tidak dipublikasikan. *Skripsi*. Makasar: Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Famika Makasar.
- Young, C., Koopsen, C. (2007). *Spiritualitas, Kesehatan, dan Penyembuhan*. Medan: Bina Perintis.

Virginia Henderson International Nursing Library (2008). *Spiritual Care in Nursing: A grounded Theory Analysis*. <http://nursinglibrary.net.portal/main.aspx?> [Diakses tanggal 20 April 2012]

Zwingman, et al. 2011. *Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instrument*. [www.mdpi.com/journal/religions](http://www.mdpi.com/journal/religions). [Diakses tanggal 17 Juni 2012].





# LAMPIRAN

**Lampiran 1. Lembar *Informed*****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:

Calon responden

Dengan hormat,

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wahyu Qur'ana

NIM : 082310101007

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Jalan Mastrip 2 No 33, Sumbersari, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Wahyu Qur'ana  
NIM. 082310101007

Kode responden:

## Lampiran 2. Lembar *Consent*

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Wahyu Qur'ana

NIM : 082310101007

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat: Jalan Mastrip 2 No 33, Sumpalsari, Jember

progam studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

judul : Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan  
Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di Rumah Sakit  
Daerah dr. Soebandi Jember

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, April 2012

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

Kode responden:

### Lampiran 3. Lembar Wawancara

**Keterangan : Isilah titik-titik sesuai dengan jawaban anda dan berilah tanda (x) pada pertanyaan dengan pilihan.**

#### KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama : .....
2. Jenis Kelamin : a. Laki-Laki      b. Wanita
2. Umur : a. 18-40 tahun      b. 40-60 tahun
3. Pekerjaan : a. PNS      d. Wiraswasta  
b. Pensiunan      e. Petani  
c. Karyawan Swasta
4. Pendidikan : a. SMA/SMK  
b. Akademi / D3  
c. PT
5. Penghasilan : a. Rp. 1.000.000,-  
b. Rp. 1.000.000 – 1.500.000,-  
c.  $\geq 1.500.000,-$

Kode responden:

**Lampiran 4: Kuisisioner Pemenuhan Kebutuhan Spiritual****KUESIONER PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL****I. Penilaian**

0 : tidak (tidak pernah ditunjukkan sama sekali)

1 : ya (pernah ditunjukkan)

**II. Berilah saudara (X) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan kondisi yang dialami sekarang.**

NO.	PERTANYAAN	JAWABAN	
		YA	TIDAK
1.	Apakah selama saudara dirawat di rumah sakit perawat meminta saudara untuk berdoa?		
2.	Apakah saat saudara cemas perawat datang untuk mengingatkan saudara untuk berdoa untuk kesembuhan penyakit saudara?		
3.	Apakah perawat meminta keluarga saudara untuk berdoa untuk kesembuhan saudara?		
4.	Apakah perawat tidak menjelaskan persiapan operasi yang akan saudara jalani?		
5.	Apakah perawat memperhatikan dan mendengarkan keluhan saudara selama menunggu waktu operasi?		
6.	Apakah perawat memberikan sentuhan yang penuh perhatian kepada saudara ketika melakukan perawatan ?		
7.	Apakah perawat tidak berbicara dengan saudara ketika melakukan perawatan?		
8.	Apakah perawat memperhatikan dan mendengarkan keluhan saudara selama perawatan?		
9.	Apakah perawat memberikan dukungan dan motivasi untuk kesembuhan saudara?		
10.	Apakah perawat memberi dorongan agar saudara tetap sabar dalam menghadapi cobaan dari Tuhan?		
11.	Apakah perawat memfasilitasi anda untuk bertemu dengan rohaniawan?		
12.	Apakah saudara tidak mempunyai semangat jika keluarga saudara tidak memberikan dorongan atau semangat secara mental dalam menghadapi operasi?		
13.	Apakah setelah mendapat dukungan spiritual saudara mendapat bantuan moril dari perawat agar saudara dan keluarga merasa tenang menghadapi operasi?		
14.	Apakah dengan berdoa saudara akan mempunyai semangat untuk sembuh?		
15.	Apakah perawat tidak mendampingi saudara saat dilakukan bimbingan rohani oleh rohaniawan?		

Kode responden:

**Lampiran 5: Kuesioner Kecemasan****KUESIONER KECEMASAN (STAI)****I. Penilaian**

1. Tidak pernah (TP) : Anda tidak merasakan sama sekali
2. Kadang-kadang (KK) : Anda lebih banyak tidak merasakan kegiatan tersebut atau sesekali anda merasakan hal tersebut
3. Sering (S) : Anda lebih banyak merasakan hal tersebut atau hampir setiap waktu anda merasakan hal tersebut.
4. Selalu (SL) : Anda merasakan dengan rutin setiap waktu.

**II. Berilah tanda *check* (✓) pada jawaban yang anda pilih.**

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Saya merasa tenang menunggu waktu operasi tiba.				
2.	Saya merasa terlindungi karena dokter dan perawat memberikan yang terbaik bagi kesembuhan saya.				
3.	Saya merasa tegang selama menjalani perawatan di Rumah Sakit.				
4.	Saya menyesal dengan kondisi sakit saya tidak dapat menjalani kegiatan dengan maksimal.				
5.	Saya merasa tenang karena mendapat dukungan dari keluarga dan teman-teman untuk menjalani operasi.				
6.	Saya khawatir setelah operasi tidak dapat kembali seperti sedia kala.				
7.	Saya takut operasi saya tidak berhasil.				
8.	Saya merasa puas saat perawat memberikan penjelasan tentang operasi yang akan saya jalani				
9.	Saya merasa takut jika diperiksa dokter.				
10.	Saya merasa percaya diri dengan operasi sakit saya akan sembuh.				
11.	Saya merasa gelisah memikirkan penyakit yang ada dalam tubuh saya.				
12.	Saya merasa gugup bila dokter/perawat menanyakan kesiapan saya untuk operasi				
13.	Saya merasa khawatir pasangan saya akan merasa kecewa dengan perubahan fisik setelah operasi.				
14.	Saya sudah mantap mengambil keputusan untuk operasi				
15.	Saya merasa gembira dengan operasi akan segera sembuh.				

### LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

**DPU : Ns. Roymond H. Simamora, M.Kep**

No	Tanggal	Konsultasi	Rekomendasi	Paraf
1.	29-09-2011	Konsultasi Fenomena	Menghadap pembimbing II untuk konsultasi fenomena	
2.	24-10-2011	Konsultasi Fenomena	Cari fenomena yang umum terjadi	
3.	25-10-2011	Konsultasi judul	Cek ke komisi skripsi	
4.	01-12-2011	Konsultasi judul	Bicarakan lebih lanjut dengan pembimbing II  Baca buku pedoman skripsi	
5.	09-12-2011	Acc Judul	Konsultasi lebih lanjut ke pembimbing II	
6.	17-02-2012	Studi pendahuluan	Lanjutkan BAB II-1V	
7.	01-03-2012	Konsultasi BAB I-IV	Revisi BAB III, definisi operasional, dan kuisisioner	
8.	19-03-2012	Konsultasi BAB I-IV	Perbaiki konsistensi penulisan  Bawa semua buku yang digunakan untuk referensi	
9.	22-03-2012	Konsultasi BAB III dan kuisisioner	Agendakan untuk sidang proposal	
10.	23-03-2012	Konsultasi penulisan	Perbaiki sesuai gaya selingkung Unej	
11.	26-03-2012	Konsultasi keseluruhan proposal	Cari hari untuk seminar	
12.	30-03-2012	Konsultasi seminar	Cek penulisan dari	

		proposal	awal-ahir	
13.	06-04-2012	Tanda tangan persetujuan seminar	Kontrol <i>typing eror</i>	
14.	27-04-2012	Konsultasi revisi seminar proposal	Lanjutkan uji validitas	
15.	11-05-2012	Konsultasi uji validitas	Segera penelitian	
16.	18-06-2012	Konsultasi pembahasan dan hasil	Bawa keseluruhan bab Pembahasan kaitkan dengan teori di tinjauan pustaka	
17.	19-06-2012	Konsultasi sidang skripsi	Acc sidang hasil	



### LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

**DPA : Ns. Anisah Ardiana, M.Kep**

No.	Tanggal	Konsultasi	Rekomendasi	Paraf
1.	30-09-2011	Konsultasi Fenomena	Cari yang mudah saja, tapi kreatif.	
2.	2-10-2011	ACC judul	Segera buat BAB 1	
3.	5-12-2012	Konsultasi BAB 1	Cari ide pook yang relevan antar paragraf	
4.	13-01-2012	Konsultasi BAB 1	Buat sesuai masalah, skala, kronologis dan solusi	
5.	16-01-2012	Konsultasi BAB 1 dan izin studi pendahuluan	Segera studi pendahuluan	
6.	20-02-2012	Sharing hasil studi pendahuluan	Segera lanjutkan BAB II - IV	
7.	5-03-2012	Konsultasi BAB I-IV	Perbaiki BAB III dan III	
8.	07-03-2012	Konsultasi BAB I-IV	Baca <i>cutt of point</i> Baca lagi analisis data	
9.	09-03-2012	Konsultasi definisi operasional	Tetapkan indikator yang akan di teliti	
10.	12-03-2012	Konsultasi BAB IV	Baca lagi analisa data	
11.	15-03-2012	Konsultasi instrumen	Perbaiki kuisiонер SAS	
12.	29-03-2012	Konsultasi seminar proposal	Lanjutkan	
13.	06-04-2012	Kontrak waktu seminar	Lanjutkan	
14.	16-04-2012	Konsultasi revisi seminar proposal	Di bedakan variabel independennya segera kerjakan uji validitas	
15.	18-04-2012	Konsultasi revisi seminar proposal	Perkuat alasan pemakaian istrumen kecemasan	

16.	19-04-2012	Acc izin validitas dan lembar penelitian	Segera validitas	
17.	10-05-2012	Konsultasi uji validitas	Baca pengkategorooan milik Azwar	
18.	18-06-2012	Konsultasi pembahasan dan hasil	Perbaiki pembahasan Kaitkan dengan karakteristik responden	
19.	19-062012	Konsultasi pembahasan dan hasil	Konsultasikan mengenai konten lebih lanjut dengan DPU	
20.	20-06-2012	Konsultasi sidang hasil	Koreksi adanya <i>Typing error</i>	

## Lampiran 7. Uji Validitas dan Reliabilitas

### 1. Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.932	20

Item total statistic				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PERTANYAAN 1	12.30	30.116	.658	.927
<b>PERTANYAAN 2</b>	<b>12.85</b>	<b>33.187</b>	<b>.036</b>	<b>.938</b>
PERTANYAAN 3	12.25	29.882	.774	.925
PERTANYAAN4	12.30	29.800	.727	.926
<b>PERTANYAAN5</b>	<b>12.80</b>	<b>31.537</b>	<b>.359</b>	<b>.933</b>
<b>PERTANYAAN6</b>	<b>12.70</b>	<b>32.642</b>	<b>.115</b>	<b>.939</b>
PERTANYAAN7	12.25	29.776	.799	.925
PERTANYAAN8	12.30	30.116	.658	.927
PERTANYAAN9	12.35	29.503	.744	.926
<b>PERTANYAAN10</b>	<b>12.70</b>	<b>31.274</b>	<b>.367</b>	<b>.934</b>
PERTANYAAN11	12.25	29.671	.824	.924
PERTANYAAN12	12.30	29.589	.773	.925
PERTANYAAN13	12.35	29.713	.700	.926
<b>PERTANYAAN14</b>	<b>12.70</b>	<b>30.958</b>	<b>.427</b>	<b>.932</b>
PERTANYAAN15	12.25	29.566	.849	.924
PERTANYAAN16	12.25	29.671	.824	.924
PERTANYAAN17	12.30	29.905	.704	.926
PERTANYAAN18	12.25	30.092	.725	.926
PERTANYAAN19	12.20	29.747	.911	.924
PERTANYAAN20	12.30	30.537	.568	.929

### 2. Skala Kecemasan STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*)

Cronbach's Alpha	N of Items
.881	20

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PERTANYAAN 1	44.60	26.463	.456	.876
PERTANYAAN 2	45.70	25.905	.640	.870
PERTANYAAN 3	45.65	26.029	.573	.872
PERTANYAAN4	45.65	24.871	.833	.864
PERTANYAAN5	45.60	25.516	.656	.869
PERTANYAAN6	45.65	24.871	.833	.864
PERTANYAAN7	45.75	25.355	.840	.865
PERTANYAAN8	45.65	25.818	.619	.871
PERTANYAAN9	45.70	24.853	.891	.863
<b>PERTANYAAN10</b>	<b>45.70</b>	<b>27.379</b>	<b>.306</b>	<b>.880</b>
PERTANYAAN11	44.55	25.945	.547	.873
PERTANYAAN12	46.50	26.368	.452	.876
PERTANYAAN13	45.65	25.187	.761	.866
<b>PERTANYAAN14</b>	<b>46.30</b>	<b>29.168</b>	<b>-.078</b>	<b>.893</b>
<b>PERTANYAAN15</b>	<b>45.70</b>	<b>27.379</b>	<b>.306</b>	<b>.880</b>
<b>PERTANYAAN16</b>	<b>46.10</b>	<b>28.200</b>	<b>.049</b>	<b>.895</b>
PERTANYAAN17	45.65	25.818	.619	.871
<b>PERTANYAAN18</b>	<b>45.90</b>	<b>29.358</b>	<b>-.112</b>	<b>.895</b>
PERTANYAAN19	44.55	25.945	.547	.873
PERTANYAAN20	44.50	26.263	.473	.876

## Lampiran 8. Skoring Tingkat kecemasan

Perhitungan Pengkategorian Jenjang (Ordinal), Azwar (2003).

### 1. Variabel Tingkat Kecemasan

Jumlah aitem soal : 15

Nilai maksimal : 60

Nilai minimal : 15

$$\mu = \frac{1}{2} \times (i_{\max} + i_{\min}) \Sigma k$$

$$= \frac{1}{2} \times (4+1) 15$$

$$= 37,5$$

$$\sigma = \frac{1}{6} (X_{\max} - X_{\min})$$

$$= \frac{1}{6} (60 - 15)$$

$$= 7,5$$

$$\text{Kategori ringan} = X < (\mu - 1.0 \sigma)$$

$$X < (37,5 - 7,5)$$

$$X < 30$$

$$\text{Skor } 0 - 30$$

$$\text{Kategori sedang} = (\mu - 1.0 \sigma) \leq X < (\mu + 1.0 \sigma)$$

$$(37,5 - 7,5) \leq X < (37,5 + 7,5)$$

$$30 \leq X < 45$$

$$\text{Skor } 26 - 39$$

$$\text{Kategori berat} = X \geq (\mu + 1.0 \sigma)$$

$$X \geq (37,5 + 7,5)$$

$$X \geq 45$$

$$\text{Skor } > 45$$

#### KETERANGAN

$\mu$  = mean hipotetik

$\sigma$  = standar hipotetik

$i_{\max}$  = Skor maksimal aitem

$i_{\min}$  = Skor minimal aitem

$\Sigma k$  = jumlah aitem

$X_{\max}$  = Skor maksimal Subjek

$X_{\min}$  = Skor minimal Subjek

### Lampiran 9. Rekapitulasi Hasil

No	Nama	Umur	Pekerjaan	Pendidikan	Penghasilan	Skor KS	Skor Cemas	Kat KS	Kat Cemas
1	Tn.H	45	Petani	1		8	28	2	1
2	Ny.S	20	Karyawan	2		7	33	1	2
3	Ny.J	54	Pensiunan	3		10	25	2	1
4	Ny.M	27	PNS	3		8	37	2	2
5	Ny.U	50	PNS	3		10	22	2	1
6	Tn.R	30	Wiraswasta	2		8	26	2	1
7	Tn.S	28	Karyawan	2		8	34	2	2
8	Tn.P	30	PNS	3		7	37	1	2
9	Ny.T	44	PNS	3		8	25	2	1
10	Ny.Y	46	Wiraswasta	2		7	34	1	2
11	Ny.S	55	Pensiunan	3		10	24	2	1
12	Ny.I	43	Wiraswasta	3		8	22	2	1
13	Tn.M	41	Wiraswasta	3		8	23	2	1
14	Ny.R	30	Karyawan	2		10	20	2	2
15	Ny.E	48	Petani	1		8	22	2	1
16	Ny.H	50	PNS	3		7	21	1	1
17	Tn.F	42	Wiraswasta	2		9	24	2	1
18	Ny.T	49	Petani	1		6	35	1	2
19	Ny.R	50	Karyawan	2		10	28	2	1
20	Ny.L	52	Pensiunan	3		8	25	2	1
21	Ny.K	41	PNS	3		8	22	2	1
22	Ny.A	56	Pensiun	3		7	21	1	1
23	Tn.H	49	Petani	1		6	22	1	1
24	Tn.P	31	PNS	3		7	36	1	2
25	Tn.B	46	PNS	3		9	26	2	1
26	Tn.K	45	Pensiunan	3		8	2	2	1
27	Tn.D	55	Petani	1		8	21	2	1

## Lampiran 10. Hasil Uji Statististik

### 1. Jenis kelamin responden

		JenisKelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	12	44.4	44.4	44.4
	Wanita	15	55.6	55.6	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

### 2. Usia Responden

		Umur			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dewasa Awal	7	25.9	25.9	25.9
	Dewasa Madya	20	74.1	74.1	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

### 3. Pekerjaan responden

		pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	8	29.6	29.6	29.6
	PenSiun	5	18.5	18.5	48.1
	Karyawan swasta	4	14.8	14.8	63.0
	Wiraswasta	5	18.5	18.5	81.5
	Petani	5	18.5	18.5	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

### 4. Pendidikan

		Didik			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sma	5	18.5	18.5	18.5
	akademi	9	33.3	33.3	51.9
	pt	13	48.1	48.1	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

## 5. Penghasilan

Hasil					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1juta	5	18.5	18.5	18.5
	1juta-1,5Juta	4	14.8	14.8	33.3
	> 1,5 juta	18	66.7	66.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

## 6. Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

PemenuhanKS					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdkTerpenuhi	8	29.6	29.6	29.6
	Terpenuhi	19	70.4	70.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

## 7. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

Kategoricemas					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cemas ringan	18	66.7	66.7	66.7
	cemas sedang	9	33.3	33.3	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

## 8. Hasil Uji Normalitas

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
JenisKelamin	.366	27	.000	.634	27	.000
Umur	.460	27	.000	.549	27	.000
pekerjaan	.176	27	.031	.862	27	.002
Didik	.299	27	.000	.769	27	.000
Hasil	.408	27	.000	.645	27	.000

a. Lilliefors Significance Correction

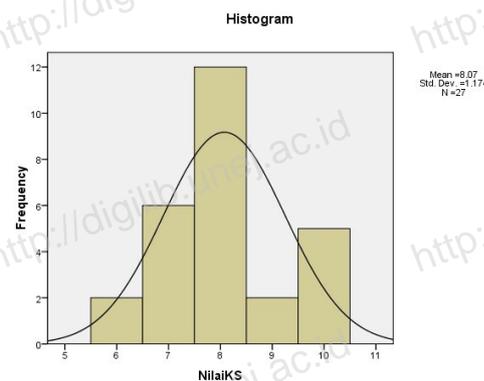
**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
NilaiKS	.266	27	.000	.880	27	.005

a. Lilliefors Significance Correction

**Statistics**

NilaiKS		
N	Valid	27
	Missing	0
Mean		8.07
Median		8.00
Mode		8
Std. Deviation		1.174
Sum		218



**9. Hasil chi-Square**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PemenuhanKS *						
Kategoricemas	27	100.0%	0	.0%	27	100.0%

**PemenuhanKS \* Kategoricemas Crosstabulation**

			Kategoricemas		Total
			cemas ringan	cemas sedang	
PemenuhanKS	tdkTerpenuhi	Count	2	6	8
		% within PemenuhanKS	25.0%	75.0%	100.0%
	Terpenuhi	Count	16	3	19
		% within PemenuhanKS	84.2%	15.8%	100.0%
Total		Count	18	9	27

PemenuhanKS \* Kategoricemas Crosstabulation

			Kategoricemas		Total
			cemas ringan	cemas sedang	
PemenuhanKS	tdkTerpenuhi	Count	2	6	8
		% within PemenuhanKS	25.0%	75.0%	100.0%
	Terpenuhi	Count	16	3	19
		% within PemenuhanKS	84.2%	15.8%	100.0%
Total		Count	18	9	27
		% within PemenuhanKS	66.7%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.882 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6.417	1	.011		
Likelihood Ratio	8.800	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.006
Linear-by-Linear Association	8.553	1	.003		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	27				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for PemenuhanKS (tdkTerpenuhi / Terpenuhi)	.062	.008	.471
For cohort Kategoricemas = cemas ringan	.297	.088	1.001
For cohort Kategoricemas = cemas sedang	4.750	1.561	14.454
N of Valid Cases	27		

## Lampiran 11. Surat izin/surat rekomendasi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : **261** /UN25.1.14/PS.8/2012

**13 FEB 2012**

Lampiran : -

Perihal : Ijin Study Pendahuluan

Yth. Kepala  
 Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas  
 Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Wahyu Qur'ana

N I M : 082310101007

keperluan : ijin study pendahuluan

judul penelitian : Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

lokasi : RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ

NIP. 19490610 198203 1 001



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER**  
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564  
**JEMBER**

Jember, 21 Februari 2012

Nomor : 423.4/ *444* /610/2012  
 Sifat : Penting  
 Perihal : **Permohonan Study Pendahuluan**

Kepada  
 Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
 Universitas Jember  
 Di-

TEMPAT

Menindak lanjuti surat saudara nomor : 261/UN25.3.1/PL.5/2012 tanggal 13-02-2012 perihal tersebut pada pokok surat dengan ini kami sampaikan, bahwa untuk permohonan pengambilan data pendahuluan di RSD dr. Soebandi Jember bisa dilaksanakan atas nama :

Nama : Wahyu Qur'ana  
 NIM : 082310101007  
 Judul Proposal : Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

  
 Direktur  
 Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi  
*[Signature]*  
**dr. Hj. Yuni Ermida Djatmiko, M.Kes**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP. 19530901 198103 2 003

**Tembusan Yth:**

1. Ka. Instalasi Bina Rohani
2. Ka. Bidang Keperawatan
3. Ka. Instalasi Rawat Inap
4. Arsip



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 770/UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Direktur RSUD Balung  
Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Wahyu Qur'ana  
N I M : 082310101007  
judul penelitian : Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr. Soebandi Jember  
waktu : satu bulan

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas di RSUD Balung Kabupaten Jember.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



*[Signature]*  
Ketua  
Dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877  
Email : balung\_hospital@yahoo.com;balunghospital@gmail.com  
Website : http://radbalung.org;http://radbalung.6ts.net

**BALUNG - JEMBER**

Kode Pos 68161

Jember, 3 Mei 2012

Nomor : 800167/135.09.811/2012  
Sifat : Segera  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada  
Yth. Sdr. Ketua Program Studi Ilmu  
Keperawatan Universitas Jember  
Di -

Jember

Menunjuk Surat Saudara nomor: 770/UN25.1.14/PS.8/2012 perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dalam rangka penyusunan tugas akhir mahasiswa atas nama saudara

Nama : Wahyu Qur'ana  
NIM : 082310101007  
Pendidikan : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami tidak keberatan atas permohonan tersebut selama tidak mengganggu pelaksanaan tugas dinas dan mematuhi ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit Daerah Balung

Demikian atas perhatiannya di sampaikan terima kasih



Direktur

**Dr. HE LILIK LAKSMATI SUSILO PARTI**

Pembina Tk. I

NIP.19580520 198710 2 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 859 /UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Wahyu Qur'ana  
N I M : 082310101007  
keperluan : ijin penelitian  
judul penelitian : Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD dr. Soebandi  
lokasi : RSD dr. Soebandi Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e-Mail : penelitian.emlit@unej.ac.id

Nomor : 529/UN25.3.1/LT.5/2012  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

10 Mei 2012

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Pemerintah Kabupaten Jember  
di,

J E M B E R

Memperhatikan surat pengantar dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor 859/UN25.1.14/PS.8/2012 tanggal 08 Mei 2012, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM	: Wahyu Qur'ana / 08 -- 1007
Program Studi	: Ilmu Keperawatan
Alamat	: Jl. Vastrip 2 No.33 Jember
Judul Penelitian	: Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di RSD dr. Soebandi Jember
Lokasi Lama Penelitian	: RSD dr. Soebandi Jember : satu bulan

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



Drs. I Ketut Mastika, MM  
NIP.195905071989031002

**Tembusan Kepada Yth :**

1. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



SEAL/STAMP NO : DM8/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN LINMAS**

Jl. Letjen S Parman No. 89 337653 Jember

Jember, 10 Mei 2012

Kepada :  
 Yth. Sdr. RSD, dr. Soebandi Jember

Di -  
**JEMBER**

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/ 400 /314/2012

Tentang

**IJIN PENELITIAN**

- Dasar :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No.15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.
  2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat dari Lembaga Penelitian Univ. Jember, Tgl 10 Mei 2012 Nomor : 585/UN.25.3.1/LT.5.8 /2012

**MEREKOMENDASIKAN :**

- Nama : **WAHYU QUR'ANA**  
 NIM : 08 - 1007  
 Jurusan/Prodi : Ilmu Keperawatan Univ. Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember.  
 Keperluan : Melakukan penelitian Tentang "Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi di RSD dr. Soebandi Jember".  
 Lokasi : RSD dr. Soebandi Jember.  
 Waktu : 10 Mei s.d 10 Juni 2012

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember

Pada tanggal : 10 Mei 2012

An. KEPALA BAKESBANGPOL DAN LINMAS

KABUPATEN JEMBER

Sekretaris

**Drs. BUDIARTO**

Pembina

NIP. 19571011 198207 1 001



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER**  
 Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564  
**JEMBER**

Jember, 19 Mei 2012

Nomor : 423.4/1168/1810/2012  
 Sifat : Penting  
 Perihal : **Pemohonan Ijin Penelitian**

Kepada  
 Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
 Universitas Jember  
 Jln. Kalimantan  
 Di-  
JEMBER

Menindak lanjuti surat saudara Nomor : 595/UN.25.3.1/LT.5.8/2012 tanggal 10-05-2012 perihal tersebut pada pokok surat dengan ini kami sampaikan, bahwa pada prinsipnya kami menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi Jember, kepada :

Nama : Wahyu Qur'ana  
 NIM : 08 - 1007  
 Fakultas : Prodi Ilmu Keperawatan Univ. Jember  
 Judul Penelitian : Hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan tingkat Kecemasan pasien pra operasi di RSD dr. Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Direktur  
 RSD dr. Soebandi Jember  
  
**dr. Hj. Yuni Ermita Djatmiko, M.Kes**  
 Pembina Utama Muda  
 NIP. 19530901 198103 2 003

**Tembusan Yth:**

1. Wadir Pelayanan
2. Ka. Inst. Rawat Inap
3. Ka. Inst. Binruh

**Lampiran 12. Dokumentasi Penelitian**

Gambar 1. Penjelasan cara pengisian kuisioner kepada Tn.S oleh Wahyu Qur'ana Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 2. Pendampingan pengisian kuisioner kepada Tn.R oleh Wahyu Qur'ana Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 3. Pendampingan pengisian kuisioner kepada Ny.T oleh Wahyu Qur'ana Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember



Gambar 4. Pendampingan pengisian kuisioner kepada Ny.Y oleh Wahyu Qur'ana Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember