



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PERIOPERATIF
KATARAK DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA KLIEN
PRE OPERASI KATARAK DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

SKRIPSI

oleh

Sri Agus Wahyuni
NIM. 132310101063

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PERIOPERATIF
KATARAK DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA KLIEN
PRE OPERASI KATARAK DI RSD 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

Sri Agus Wahyuni
NIM. 132310101063

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TENTANG PERIOPERATIF
KATARAK DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA KLIEN
PRE OPERASI KATARAK DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Sri Agus Wahyuni

NIM 132310101063

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, M. Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep. J

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Alm. Ayahanda dan Almh. Ibunda, Suamiku Abdul Syukur yang senantiasa memberikan semangat, nasehat, dan motivasiku untuk selalu mengajarkan ketegaran dan kesabaran dalam hidup;
2. Anakku Bobby Iswahyudi dan Yuniar Ulfa Saputri yang selalu menjadi anak yang terbaik dan memberikan semangat pantang menyerah;
3. Keluarga besarku yang selalu memberikan kasih dan sayang semangat untuk pantang menyerah;
4. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang saya banggakan, SMAN 1 Genteng Banyuwangi, SMPN, SDN dan seluruh bapak dan ibu guruku yang telah memberikan ilmu dan mendidiku selama ini;
5. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep, M. Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
6. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep. J. sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
7. Ns. Siswoyo, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Utama, Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep. J. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini; dan
8. Ns. Wantiyah, M. Kep. dan Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep. J. sebagai Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini.

MOTTO

“Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat, dan Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan” (terjemahan Surat Al-Mujadalah: 11)^{*)}



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

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Sri Agus Wahyuni

NIM : 132310101063

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Juni 2015

Yang menyatakan,

Sri Agus Wahyuni

NIM 132310101063

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, pada :

hari, tanggal : Selasa, 23 Juni 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan

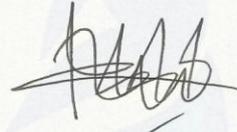
Tim Penguji,

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Siswoyo, M. Kep
NIP. 19800402 200604 1 002

Dosen Pembimbing Anggota



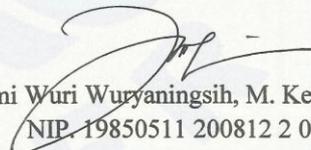
Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp. Kep. J
NIP. 19811028 200604 2 002

Penguji I



Ns. Wantiyah, M. Kep
NIP. 19810712 200604 2 001

Penguji II



Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M. Kep, Sp.Kep.J
NIP. 19850511 200812 2 005



Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Lantim Sulistyorini, S. Kep, M. Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember (*The Correlation between the Knowledge Level about Perioperative of Cataract Disease and the Anxiety Level of Clients of Cataract Pre-Surgery in RSD dr. Soebandi Jember*)

Sri Agus Wahyuni

School of Nursing, Jember University

ABSTRACT

Cataract is a sight obstruction which causes many cases of blindness in Indonesia. One of the treatment management of cataract is performed through surgery. Perioperative care process requires surgery which consisted of pre surgery, intra surgery, and post surgery. Surgery process may cause anxiety to a client. The research aims at detecting The Correlation between the knowledge level about perioperative of cataract disease and the anxiety level of clients of cataract pre-surgery in RSD dr. Soebandi Jember. This research design employs cross sectional methods. Sampling collection technic used in research is non probability sampling technic with accidental sampling methods, with 32 sampel. Product test statistic is done using chi square analysis with 95% CI ($\alpha = 0,05$) in get p value is 0,047, these results indicate that p value is lower than the significant level ($p \text{ value} < 0,05$). The result is H_0 rejected failed, thus the correlation between the knowledge level about perioperative of cataract disease and the anxiety level of clients of cataract pre surgery in RSD dr. Soebandi Jember exists, respectively.

Keywords : chataract disease, knowledge level, anxiety level, perioperative cataract care

RINGKASAN

Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember : Sri Agus Wahyuni, 132310101063: 2015 : 122 Halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan.

Pembangunan bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Pembangunan bidang kesehatan tersebut untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. salah satunya melalui kesehatan indera manusia khususnya indera penglihatan. Penyakit katarak merupakan gangguan penglihatan terbanyak yang dapat menyebabkan kebutaan di Indonesia. Katarak dapat dicegah terjadinya kebutaan yaitu dengan tindakan pembedahan. Keberhasilan pengembalian penglihatan yang bermanfaat dapat dicapai pada 95 % klien. Pada sisi lain tindakan pembedahan merupakan pengalaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Dampak yang mungkin muncul bila kecemasan klien tidak segera ditangani akan sangat bervariasi, dari respon adaptif hingga maldaptif.

Tujuan penelitian ini mengidentifikasi karakteristik klien, tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak, tingkat kecemasan klien pre operasi, dan analisa antara hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan klien pre operasi. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan metode *cross sectional*.

Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling* dengan metode *accidental sampling* memakai 32 sampel. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan uji *pearson product moment* dan *cronbach alpha*. Alat pengumpul data berupa lembar kuesioner tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan.

Hasil uji statistik analisis *chi Square* dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$), didapatkan *p value* = 0,047 yang berarti nilai *p value* < 0,05 disebut juga H_a diterima yang diinterpretasikan uji statistik adalah terdapat Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember. Saran yang dapat diberikan yaitu perawat dapat mengaplikasikan konsep perioperatif katarak di semua sentra layanan baik di rawat jalan, rawat inap, dan kamar operasi. Dukungan dan peran serta lingkungan baik keluarga maupun masyarakat juga sangat dibutuhkan dan sebagai sarana penyedia informasi.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas rahmat dan ridho-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak Di RSD dr. Soebandi Jember”. Penulis menyampaikan ucapan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini, terutama kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep, M. Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
2. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep. J. sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
3. Ns. Siswoyo, M. Kep selaku Dosen Pembimbing Utama, Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep. J. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Wantiyah, M. Kep. dan Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.Kep. J. sebagai Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberi dukungan selama saya melaksanakan studi;

6. Direktur RSD dr. Soebandi Jember, Lembaga Penelitian Universitas Jember, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Jember, dan RS Jember Klinik yang telah membantu dalam hal perijinan dan pelaksanaan penelitian;
7. Responden klien penderita katarak yang telah memberikan izin untuk di wawancara dan di ambil untuk subjek penelitian;
8. Anak-anakku dan keluarga besarku yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikan skripsi ini;
9. Teman-teman PSIK angkatan program khusus terima kasih telah memberikan bantuan dan semangat selama penyusunan skripsi ini;
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini belum sempurna dan masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca guna lebih menyempurnakan. Akhirnya penulis mengharapkan semoga dapat bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Jember, Juni 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN ABSTRACT	viii
HALAMAN RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat bagi klien katarak	7
1.4.2 Manfaat bagi masyarakat	7
1.4.3 Manfaat bagi institusi rumah sakit	7
1.4.4 Manfaat bagi institusi pendidikan	8
1.4.5 Manfaat bagi peneliti	8
1.5 Keaslian Penelitian	8

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Penyakit Katarak	9
2.1.1 Definisi katarak	9
2.1.2 Penyebab	10
2.1.3 Tanda dan gejala katarak	11
2.1.4 Klasifikasi katarak	11
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Penatalaksanaan	15
2.1.7 Komplikasi	18
2.2 Pengetahuan	19
2.2.1 Definisi pengetahuan	19
2.2.2 Tingkat pengetahuan	20
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	21
2.2.4 Pengukuran Pengetahuan	23
2.3 Kecemasan	24
2.3.1 Definisi kecemasan	24
2.3.2 Penyebab kecemasan	24
2.3.3 Respon terhadap kecemasan	27
2.3.4 Tingkat kecemasan	30
2.3.5 Skala kecemasan	32
2.4 Perioperatif Katarak	33
2.4.1 Definisi perioperatif	33
2.4.2 Jenis perioperatif	34
2.5 Keperawatan Perioperatif Katarak	36
2.5.1 Pre operasi	36
2.5.2 Intra operasi	39
2.5.3 Pasca operasi	42
2.6 Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak	44
2.7 Kerangka Teori	46

BAB 3. KERANGKA KONSEP	47
3.1 Kerangka konsep	47
3.2 Hipotesis penelitian	48
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	49
4.1 Desain penelitian	49
4.2 Populasi dan sampel penelitian	49
4.2.1 Populasi penelitian	49
4.2.2 Sampel penelitian	50
4.2.3 Teknik pengambilan sampel	50
4.2.4 Kriteria sampel	50
4.3 Tempat penelitian	51
4.4 Waktu penelitian	51
4.5 Definisi operasional	51
4.6 Alur penelitian.....	53
4.7 Pengumpulan data	54
4.7.1 Sumber data	54
4.7.2 Teknik pengumpulan data	54
4.7.3 Alat pengumpulan data	55
4.7.4 Uji validitas dan uji reliabilitas	57
4.8 Pengolahan data dan analisis data	60
4.8.1 <i>Editing</i>	60
4.8.2 <i>Coding</i>	60
4.8.3 <i>Entry</i>	61
4.8.4 <i>Cleaning</i>	61
4.8.5 Analisis data.....	61
4.9 Etika penelitian	63
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	66
5.1 Hasil penelitian.....	67
5.1.1 Analisis univariat	67
5.1.2 Tingkat Pengetahuan Klien Katarak tentang Perioperatif Katarak di RSD dr. Soebandi Jember	68

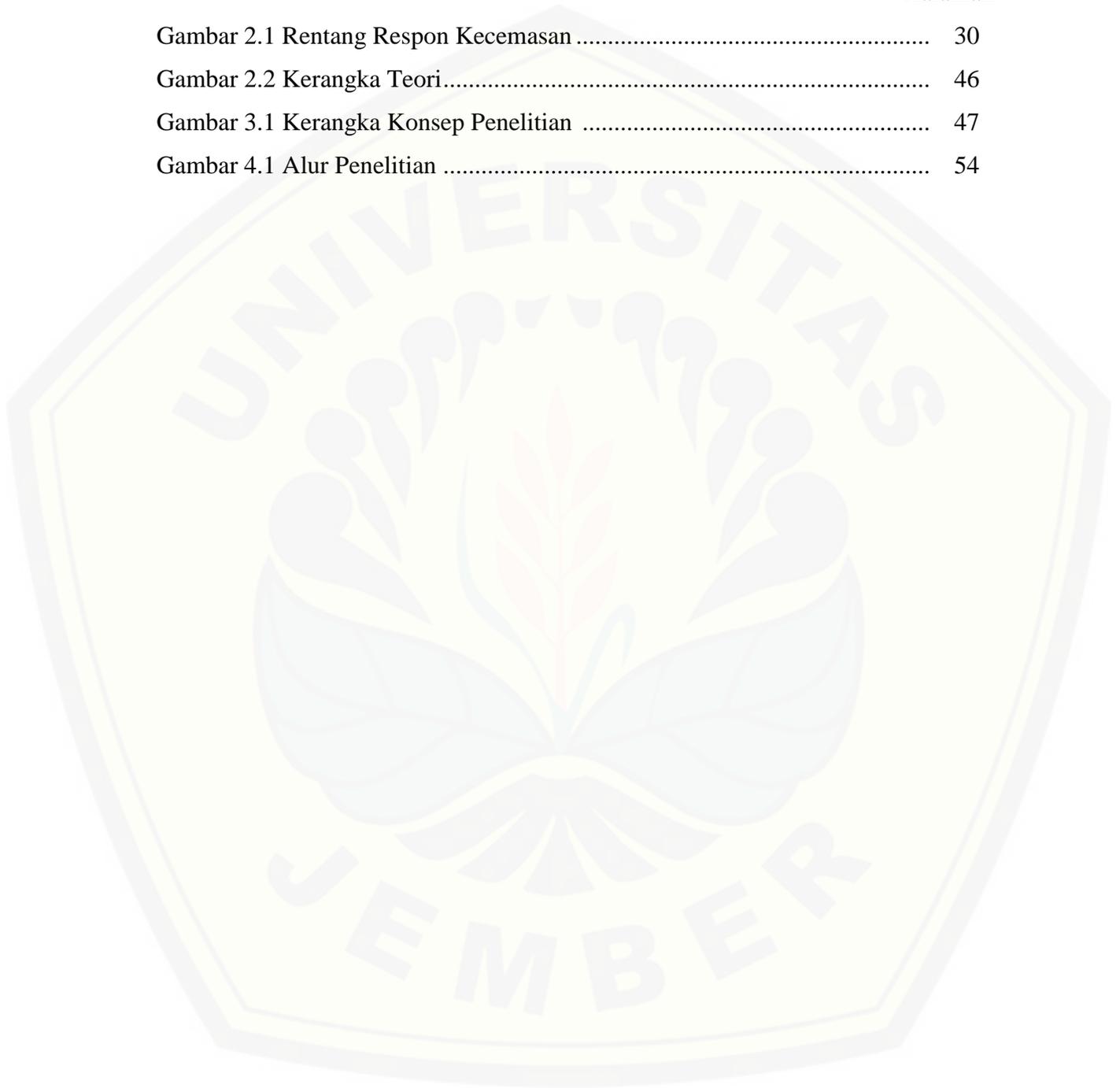
5.1.3	Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember	69
5.1.4	Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember	69
5.2	Pembahasan	71
5.2.1	Karakteristik klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember	71
5.2.2	Tingkat Pengetahuan Klien Katarak tentang Perioperatif Katarak di RSD dr. Soebandi Jember	73
5.2.3	Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember	75
5.2.4	Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember	80
5.3	Implikasi bagi Keperawatan	82
5.4	Keterbatasan Penelitian	84
BAB 6.	SIMPULAN DAN SARAN	85
6.1	Simpulan	85
6.2	Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	87
LAMPIRAN	91

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tingkat Kecemasan HARS	31
Tabel 4.1 Definisi Operasional	51
Tabel 4.2 Uji Validitas tentang Kuesioner Tingkat Pengetahuan Perioperatif Katarak	58
Tabel 5.1 Karakteristik klien katarak berdasarkan umur di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32).....	67
Tabel 5.2 Karakteristik klien katarak berdasarkan jenis kelamin dan tingkat Pendidikan di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32).....	68
Tabel 5.3 Distribusi tingkat pengetahuan klien katarak tentang perioperatif katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32).....	68
Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32).....	69
Tabel 5.5 Distribusi Klien menurut Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32) Setelah Penggabungan Kategori dengan Tabel 2x2.....	70
Tabel 5.6 Distribusi Klien menurut Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32) tabel 3x3	105
Tabel 5.7 Distribusi Klien menurut Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32) Setelah Penggabungan Kategori dengan Tabel 3x2.....	107

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan	30
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	47
Gambar 4.1 Alur Penelitian	54



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
LAMPIRAN A. Lembar <i>Informed</i>	91
LAMPIRAN B. Lembar <i>Consent</i>	92
LAMPIRAN C. Lembar Kuesioner Penelitian	93
LAMPIRAN D. Uji validitas kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak	97
LAMPIRAN E. Uji reliabilitas kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak	100
LAMPIRAN F. Data karakteristik klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember.....	101
LAMPIRAN G. Tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak di RSD dr. Soebandi Jember.....	103
LAMPIRAN H. Tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.....	104
LAMPIRAN I. Uji <i>chi square</i> pada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.....	105
LAMPIRAN J. Uji <i>chi square</i> pada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember Setelah Penggabungan Kategori.....	107
LAMPIRAN K. Lembar dokumentasi Penelitian	110
LAMPIRAN L. Surat Ijin dan surat keterangan terkait penelitian	111
LAMPIRAN L. Lembar Bimbingan Skripsi.....	119

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia Indonesia. Pembangunan bidang kesehatan tersebut untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal, dimana salah satunya adalah melalui kesehatan indera manusia yang terdiri dari indera penglihatan, indera pendengaran, indera raba, indera rasa, dan indera penciuman. Indera penglihatan merupakan salah satu faktor kunci dan memiliki peran sangat vital bagi terwujudnya sumber daya manusia Indonesia yang berkualitas sehingga terwujudnya derajat kesehatan yang optimal. Jalur utama penyerapan informasi dalam proses belajar individu terjadi melalui indera penglihatan sekitar kurang lebih 83 persen (Wahyu, 2007). Mata merupakan suatu struktur yang sangat khusus dan kompleks, menerima dan mengirimkan data ke korteks serebral (Smeltzer, 2002).

World Health Organization (WHO) mencanangkan komitmen global *Vision 2020: The Right to Sight* (pemenuhan hak untuk melihat dengan optimal bagi setiap individu) yang merupakan inisiatif global untuk menanggulangi gangguan penglihatan dan angka kebutaan pada masyarakat. Kebijakan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) dalam mencapai visi global tersebut adalah dengan diterbitkannya Ketetapan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1473/ MENKES/ SK/ 2005 tentang Rencana Strategi Nasional

Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Angka Kebutaan (Renstranas PGPK) yang isinya terdapat 4 prioritas yaitu katarak, *glaucoma*, refraksi, dan *xeroftalmia* (Depkes RI, 2008).

Angka kebutaan di negara-negara Asia Tenggara mencapai 4 hingga 9 persen penduduk dunia, prevalensi kebutaan di Indonesia mencapai 4,8 persen. Penyebab utama kebutaan meliputi katarak, kelainan refraksi, *low vision* dan penyakit lain yang berhubungan dengan penuaan. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2008), prevalensi katarak di Indonesia meningkat dari 1,2 persen pada tahun 2001 menjadi 1,8 persen pada tahun 2007. Prevalensi katarak di Propinsi Jawa timur tercatat 1,3 persen. Jawa Timur merupakan salah satu dari 10 propinsi yang persebaran katarak di Indonesia paling banyak (Depkes RI, 2008).

Prevalensi katarak per tahun meningkat. Estimasi prevalensi katarak ini mencapai 200.000 orang. Jumlah klien katarak yang ditangani melalui tindakan operasi sekitar 80.000 rang per tahun. Sehingga terjadi penumpukan (*backlog*) kurang lebih 120.000 orang pertahun. Penumpukan kejadian katarak disebabkan karena daya jangkau pelayanan operasi masih rendah, tingginya biaya dan ketersediaan tenaga dokter spesialis ma8ta serta fasilitas kesehatan mata yang masih terbatas (Fadilah, 2007). Target penurunan angka kebutaan di Indonesia diharapkan sebesar 0,5 persen di tahun 2020 (Renstranas PGPK, 2008).

Katarak merupakan perubahan lensa mata yang sebelumnya jernih dan tembus cahaya menjadi keruh. Katarak terjadi secara perlahan-perlahan sehingga penglihatan klien terganggu secara berangsur.

Keluhan utama klien katarak adalah penglihatan kabur. Penyebab katarak umumnya karena proses penuaan, virus, genetik, gangguan pertumbuhan, metabolik seperti *diabetes mellitus*, traumatik, obat-obatan steroid, dan terpajan sinar ultraviolet (UV) yang lama (Ilyas, 2007).

Katarak dapat dicegah terjadinya kebutaan yaitu dengan tindakan pembedahan. Katarak dijumpai pada klien yang berusia lanjut yaitu di atas 65 tahun, namun saat ini katarak yang telah ditemukan terdapat pada usia muda yaitu berkisar 30-40 tahun (Ady Noverly, 2011). Pembedahan katarak adalah pembedahan yang paling sering dilakukan pada orang berusia lebih dari 65 tahun. Saat ini, katarak paling sering diangkat dengan anestesia lokal. Keberhasilan pengembalian penglihatan yang bermanfaat dapat dicapai pada 95 % klien (Smeltzer, 2002). Pembedahan merupakan suatu tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka dan menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani terlihat, selanjutnya dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat dan Jong, 2005).

Tindakan pembedahan merupakan pengalaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Stuart (2009) menjelaskan bahwa kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Menurut Wilkinson (2007), kecemasan merupakan suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang disertai respon autonomis individu, juga adanya kekhawatiran yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya atau ancaman.

Smeltzer (2002), menjelaskan pengambilan keputusan untuk menjalani pembedahan sangat individual sifatnya. Dukungan finansial, psikologi, dan konsekuensi pembedahan harus dievaluasi, karena sangat penting untuk pentalaksanaan klien. Kebanyakan operasi dilakukan dengan anestesi lokal. Obat penghilang rasa cemas dapat diberikan untuk mengatasi perasaan sehubungan dengan tindakan bedah.

Dampak yang mungkin muncul bila kecemasan klien tidak segera ditangani, yang pertama klien dengan tingkat kecemasan tinggi tidak akan mampu berkonsentrasi dan memahami kejadian selama perawatan dan prosedur. Kedua, harapan klien terhadap hasil, klien mungkin sudah memiliki gambaran tersendiri mengenai pemulihan setelah pembedahan. Ketiga, klien akan merasa lebih nyaman dengan pembedahan jika klien mengetahui momen yang dihadapi pada saat hari pembedahan tiba. Keempat, klien mungkin memerlukan penjelasan mengenai nyeri yang akan di rasakan setelah operasi (Brunner & Suddarth, 2001).

Kecemasan disebabkan oleh faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor presipitasi kecemasan salah satunya adalah tingkat pengetahuan. Pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang akan dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami dalam mempersepsikan suatu hal. Pengetahuan ini diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati oleh individu (Stuart & Laraia, 2005).

Balai Pusat Statistik Jember (2006) menguraikan bahwa Kabupaten Jember memiliki 10 fasilitas rumah sakit umum atau khusus baik milik pemerintah maupun swasta yang salah satunya adalah RSD dr. Soebandi Jember.

RSD dr. Soebandi Jember memiliki fasilitas memadai untuk meningkatkan derajat kesehatan optimal khususnya kesehatan mata dengan didirikannya poli mata dan instalasi bedah sentral. Poliklinik mata digunakan untuk kunjungan awal ataupun kontrol, sedangkan penatalaksanaan pembedahan dilakukan di Instalasi Bedah Sentral (IBS).

Studi Pendahuluan yang dilakukan menemukan data primer yaitu jumlah kunjungan di Poli Mata RSD dr. Soebandi Jember tahun 2012 sebanyak 8.033 kunjungan. Berdasarkan data kunjungan tersebut, klien katarak tercatat sebanyak 1.368 kunjungan (17,03 persen). Penatalaksanaan pembedahan di IBS RSD dr. Soebandi Jember sebanyak 277 kasus (20,24 persen) dan menempati peringkat ke-3 setelah *astigmatism* dan *myopia*. Tahun 2013 sebanyak 8.262 kunjungan, dengan klien katarak sebanyak 1.482 kunjungan (17,94 persen). Penatalaksanaan pembedahan sebanyak 294 kasus (19,84 persen) dan menempati peringkat ke 2 setelah *astigmatism*. Pada tahun 2014 terdapat 8.646 kunjungan dengan klien katarak sebanyak 1697 kunjungan (19,63 persen) dan penatalaksanaan pembedahan sebanyak 434 kasus (25,57 persen). Hal ini menempatkan penyakit katarak nomor satu diantara kasus kunjungan gangguan mata di RSD dr. Soebandi Jember. Data primer di Poli dan IBS RSD dr. Soebandi Jember, katarak mengalami peningkatan jumlah kunjungan dan penatalaksanaan pembedahan pada tiap tahunnya (Poli Mata dan Instalasi Bedah Sentral RSD dr. Soebandi Jember, 2014).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti merumuskan masalah sebagai berikut :

Adakah hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember?

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

- a. mengidentifikasi karakteristik klien katarak yang meliputi usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan klien di RSD dr. Soebandi Jember;
- b. mengidentifikasi tingkat pengetahuan klien katarak tentang perioperatif katarak di RSD dr. Soebandi Jember;
- c. mengidentifikasi tingkat kecemasan klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember;
- d. menganalisis hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat bagi klien katarak

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan klien terhadap proses pembedahan dan mengetahui tingkat kecemasan yang terjadi sehingga dalam penatalaksanaan katarak berupa tindakan pembedahan dapat terlaksana dengan baik.

1.4.2 Manfaat bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit katarak dan tingkat kecemasan klien sehingga kesadaran dalam penatalaksanaan katarak dapat terpenuhi dan terlaksana visi Indonesia yang berhasil dan optimal.

1.4.3 Manfaat bagi institusi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan kesehatan dan keperawatan khususnya pada klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

1.4.4 Manfaat bagi institusi pendidikan

Dapat menjadi acuan dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang tingkat pengetahuan perioperatif katarak dan tingkat kecemasan klien pre operasi serta hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan mengenai perioperatif katarak dan tingkat kecemasan klien pre operasi.

1.4.5 Manfaat bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti baik mengenai konsep dan teori keperawatan medikal bedah maupun pengembangan riset keperawatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang berjudul hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember merupakan penelitian yang pertama kali dilakukan. Penelitian ini mengenai tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Penelitian sebelumnya pada tahun 2011 yaitu hubungan pengetahuan dan tingkat kecemasan klien pre operasi katarak di poliklinik mata Rumah Sakit Islam Siti Khodijah Palembang oleh Dimi Pipi. Peneliti menggunakan RSD dr. Soebandi Jember sebagai lahan penelitian, sedangkan penelitian terdahulu menggunakan poliklinik mata RS Islam Siti Khodijah Palembang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan teknik *Non probability sampling* dengan metode *accidental sampling* sedangkan penelitian terdahulu merupakan seluruh klien pre operasi di bulan Mei-Juni 2011 yaitu menggunakan teknik *kuota sampling*. Dapat disimpulkan bahwa tempat, waktu, dan besaran sampel berbeda dengan penelitian terdahulu. Selain itu, peneliti bertujuan untuk mengidentifikasi variabel penelitian.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Katarak

2.1.1 Definisi

Katarak berasal dari bahasa Yunani *katarrhakies*, Inggris *cataract*, Latin *cataracta*, yang berarti air terjun. Dalam bahasa Indonesia disebut bular dimana penglihatan seperti tertutup air terjun akibat lensa yang keruh. Katarak adalah setiap keadaan kekeruhan pada lensa yang dapat terjadi akibat *hidrasi* (penambahan cairan) lensa, denaturasi protein lensa atau terjadi akibat keduanya. Biasanya kekeruhan mengenai kedua mata dan berjalan progresif ataupun dapat tidak mengalami perubahan dalam waktu yang lama. Katarak dapat diartikan sebagai perubahan lensa mata yang sebelumnya jernih dan tembus cahaya menjadi keruh, menyebabkan gangguan pada penglihatan (Ilyas, 2003).

Kekeruhan lensa ini mengakibatkan lensa tidak transparan, sehingga pupil akan berwarna putih atau abu-abu. Pada mata akan tampak kekeruhan lensa dalam bermacam-macam bentuk dan tingkat. Klien dengan katarak mengeluh penglihatan seperti berasap dan tajam penglihatan yang menurun secara progresif. Klien dengan katarak mungkin tidak menyadari telah mengalami gangguan katarak apabila kekeruhan tidak terletak dibagian tengah lensa matanya. Katarak terjadi secara perlahan sehingga penglihatan klien terganggu secara berangsur (Ilyas, 2007).

Katarak menurut *American Academy of Ophthalmology* (2008), adalah perubahan lensa mata yang sebelumnya jernih dan tembus cahaya menjadi keruh.

Katarak menyebabkan klien tidak bisa melihat dengan jelas karena dengan lensa yang keruh cahaya sulit mencapai retina dan akan menghasilkan bayangan yang kabur pada retina. Jumlah dan bentuk kekeruhan pada setiap lensa mata dapat bervariasi. Katarak, dikutip dari *National Eye Institute*, merupakan sejenis kerusakan mata yang menyebabkan lensa mata berselaput dan rabun. Katarak terkait dengan penuaan dan menjadi masalah yang lazim dijumpai pada lansia.

2.1.2 Penyebab

Ilyas (2007), menerangkan bahwa penyebab dari katarak terdapat berbagai faktor, antara lain seperti :

1. degeneratif (ketuaan/ usia), dikarenakan proses degenerasi atau kemunduran serat lensa karena proses penuaan dan menjadi penurunan penglihatan;
2. trauma (kecelakaan) pada mata; dikarenakan cedera pada mata yang didapat dari proses kecelakaan oleh benda tajam/ tumpul, radiasi sinar ultraviolet (UV) dalam waktu cukup lama dan radiasi sinar X, bahan radioaktif, serta zat kimia;
3. kelainan sistemik atau metabolik, misalnya *diabetes mellitus* yang dapat menyebabkan gangguan metablisme tubuh secara umum dan mengakibatkan kelainan serta gangguan pada retina;

4. genetik/ keturunan dan gangguan perkembangan, dikarenakan oleh infeksi virus yang didapat pada pertumbuhan janin.

2.1.3 Tanda dan gejala

Brunner Suddarth (2001), menerangkan pada awal serangan penyakit katarak, klien akan merasa gatal-gatal pada mata, air matanya mudah keluar, pada malam hari penglihatan terganggu, dan tidak bisa menahan silau cahaya baik dari sinar matahari atau sinar lampu. Selanjutnya klien akan melihat selaput seperti awan di depan penglihatannya. Awan yang menutupi lensa mata tersebut akhirnya semakin rapat dan menutup seluruh bagian mata. Bila sudah sampai tahap ini, klien akan kehilangan penglihatannya. Ilyas (2003), menjelaskan bahwa secara umum dapat digambarkan gejala katarak sebagai berikut :

1. penglihatan tidak jelas, seperti terdapat kabut dan berasap;
2. peka terhadap sinar atau cahaya sehingga silau terhadap cahaya;
3. dapat melihat ganda pada suatu objek;
4. lensa mata berubah menjadi buram seperti kaca susu.

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit katarak menurut Ilyas (2007), berdasarkan usia katarak adalah sebagai berikut :

1. katarak kongenital

Katarak yang timbul sejak dalam kandungan atau timbul setelah dilahirkan dan berkembang pada tahun pertama dalam hidupnya,

umumnya disebabkan karena adanya infeksi dan kelainan metabolisme pada saat pembentukan janin. Katarak Kongenital yang sering timbul karena infeksi saat ibu mengandung, terutama pada kehamilan 3 bulan pertama. Jenis katarak ini sangat jarang terjadi. Katarak dapat terlihat pada usia di bawah 1 tahun.

2. katarak juvenil

Katarak yang terlihat pada usia di atas 1 tahun dan di bawah 40 tahun. Katarak juvenil terjadi karena lanjutan dari katarak kongenital yang makin nyata dan penyulit penyakit lain yaitu katarak komplikata yang dapat terjadi akibat *uveitis* dan *glaucoma*.

3. katarak presenil

Katarak yang terjadi sesudah usia 30-40 tahun.

4. katarak senil

Katarak yang mulai terjadi pada usia lebih dari 40 tahun.

Klasifikasi penyakit katarak secara umum terdapat 4 jenis katarak (Ilyas, 2007), yaitu seperti berikut:

1. kongenital adalah katarak yang terlihat pada usia di bawah 1 tahun

Katarak kongenital merupakan penyebab kebutaan pada bayi yang cukup berarti terutama akibat penanganannya yang kurang tepat. Pada pupil mata bayi yang menderita katarak kongenital akan terlihat bercak putih. Hampir 50% dari katarak kongenital adalah sporadik dan tidak diketahui penyebabnya. Katarak kongenital ini merupakan infeksi genetik atau dapat disebabkan oleh infeksi kongenital.

Faktor resiko katarak kongenitalis adalah penyakit metabolik yang diturunkan, riwayat katarak, dan infeksi virus pada ibu ketika bayi masih dalam kandungan.

Bentuk katarak kongenital yang di kenal adalah :

- a. katarak polar (piramidalis) anterior, terjadi akibat gangguan perkembangan lensa pada saat mulai terbentuk plakoda lensa;
 - b. katarak polar (piramidalis) posterior, terjadi akibat arteri hialoid yang menetap (persisten) pada saat tidak dibutuhkan lagi oleh lensa metabolismenya;
 - c. katarak lamelaris atau zonularis, terjadi akibat gangguan perkembangan serat;
 - d. katarak sentral, katarak halus terlihat pada bagian nukleus embrional.
2. traumatik, merupakan katarak yang terjadi karena kecelakaan pada mata seperti tusukan benda tajam atau tumpul, pukulan keras atau terpotong;
 3. sekunder, katarak yang disebabkan oleh konsumsi obat seperti prednisone dan kortikosteroid, serta klien diabetes. Katarak diderita 10 kali lebih umum oleh klien diabetes daripada oleh populasi secara umum;
 4. katarak yang berkaitan dengan usia, merupakan jenis katarak yang paling umum. Berdasarkan lokasinya terdapat 3 jenis, yakni *nuclear sclerosis*, *cortical*, dan *posterior subcapsular*. *Nuclear sclerosis* merupakan perubahan lensa perlahan sehingga menjadi keras dan kekuningan.

Pandangan jauh dipengaruhi daripada pandangan dekat/ baca. Klien juga kesulitan membedakan warna, terutama biru.

Katarak jenis *cortical* terjadi bila serat lensa menjadi keruh, menyebabkan silau. *Posterior subcapsular* merupakan terjadinya kekeruhan di belakang lensa dan pandangan silau, pandangan kabur pada kondisi cahaya terang, serta pandangan baca menurun.

2.1.5 Patofisiologi

Ilyas (2007), menjelaskan bahwa lensa yang normal adalah struktur posterior iris yang jernih, transparan, berbentuk kancing baju, mempunyai kekuatan refraksi yang besar. Lensa mengandung tiga komponen anatomis. Zona sentral terdapat nukleus, di perifer ada korteks, dan yang mengelilingi keduanya adalah kapsul anterior dan posterior. Nukleus mengalami perubahan warna menjadi coklat kekuningan dengan bertambah usia. Daerah sekitar opasitas terdapat densitas seperti duri di anterior dan posterior nukleus. Opasitas pada kapsul posterior merupakan bentuk katarak yang paling bermakna nampak seperti kristal salju pada jendela. Perubahan fisik dan kimia dalam lensa mengakibatkan hilangnya transparansi, perubahan pada serabut halus *multipel (zunula)* yang memanjang dari badan silier ke sekitar daerah di luar lensa; misalnya dapat menyebabkan penglihatan mengalami distorsi. Perubahan kimia dalam protein lensa dapat menyebabkan koagulasi. Sehingga mengakibatkan pandangan dengan menghambat jalannya cahaya ke retina. Katarak biasanya terjadi bilateral, namun mempunyai kecepatan yang berbeda.

Katarak dapat disebabkan oleh trauma maupun sistemik, seperti *diabetes mellitus*, namun sebenarnya merupakan konsekuensi dari proses penuaan normal.

Kebanyakan katarak berkembang secara kronik dan matang. Katarak dapat bersifat kongenital dan harus diidentifikasi awal, karena bila tidak didiagnosa dapat menyebabkan ambliopia dan kehilangan penglihatan permanen. Faktor yang paling sering yang berperan dalam terjadinya katarak meliputi radiasi sinar ultraviolet, obat-obatan, alkohol, merokok, *diabetes mellitus*, dan asupan vitamin antioksidan yang kurang dalam jangka waktu lama.

2.1.6 Penatalaksanaan

Katarak sebenarnya dapat ditangani jika hal ini terdeteksi sejak dini. Maka dalam penatalaksanaan terdapat tindakan pencegahan secara primer, sekunder, dan tersier. Dalam pencegahan primer, tindakan utama yang dilakukan adalah mengontrol penyakit yang berhubungan dengan katarak dan menghindari faktor-faktor yang mempercepat terbentuknya katarak. Selain itu banyak mengonsumsi buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C, vitamin A dan vitamin E (Sutrisno, 2008).

Proses pengobatan pada klien katarak yaitu melalui proses bedah dan non bedah. Katarak yang telah matang hanya dapat diatasi melalui proses bedah. Proses pembedahan yaitu lensa yang telah keruh diangkat dan sekaligus ditanam lensa intraokuler ataupun memakai kaca mata aphakia dan lensa kontak. Setelah pembedahan harus dijaga jangan sampai terjadi infeksi. Akan tetapi jika gejala katarak tidak mengganggu, tindakan pembedahan tidak diperlukan. Keberhasilan pengembalian penglihatan dapat dicapai sebesar 95%. Pengambilan keputusan untuk menjalani pembedahan sangat individual sifatnya.

Dukungan finansial, psikososial dan konsekuensi pembedahan harus dievaluasi (Brunner Suddarth, 2001).

Katarak yang telah matang tidak saja dapat dilakukan proses manajemen bedah, hal lain yang diindikasikan sebagai berikut :

1. dilakukan tindakan pembedahan pada klien katarak adalah indikasi tajam penglihatan (*Visual Improvement*) telah menurun

Pembedahan dengan indikasi tajam penglihatan (*Visual Improvement*) yang telah menurun bagi mereka yang memerlukan penglihatan akut untuk bekerja maupun keamanan. Biasanya diindikasikan bila visus yang terbaik yang dapat dicapai adalah 20/50 atau lebih buruk lagi, dan jika ketajaman penglihatan sangat mengganggu pada aktivitas kehidupan sehari-hari.

2. indikasi medis

Pembedahan dengan indikasi medis yaitu bagi mereka klien katarak yang timbul penyulit seperti *glaucoma* dan *uveitis*.

3. indikasi kosmetik.

Pembedahan dengan indikasi kosmetik adalah bagi mereka yang ingin memiliki penglihatan yang normal walaupun keadaan katarak belum matang (*cataract immatur*) ataupun matang (*cataract matur*) dan juga untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

Penatalaksanaan non bedah mungkin dapat membantu klien dengan katarak sebelum dilakukan tindakan pembedahan.

Manajemen non bedah terdiri dari tindakan untuk meningkatkan penglihatan dan menghambat progresivitas katarak, yaitu:

1. tindakan peningkatan penglihatan pada awal katarak
 - a. jika visus mata lebih baik dari 6/12 maka pemberian atau penggunaan kaca mata dengan koreksi terbaik;
 - b. pemberian *midriatric* dipergunakan untuk memperlebar pupil mata. Tetes mata *midriatic* menstimulasi pelebaran otot iris pada mata;
 - c. intruksi Illuminasi dipergunakan untuk melihat kekeruhan pada lensa;
 - d. penggunaan kaca mata gelap (*sun glasses*) bertujuan untuk menghindari silau yang ditimbulkan oleh cahaya dan terpapar oleh sinar ultraviolet (UV) yang lama.
2. tindakan memperlambat progresivitas katarak
 - a. pemberian tetes mata

Klien dapat diberikan cairan topikal *pyridophenoxazine* (0,75 mg atau 15 ml) dan cairan topikal anti katarak yang berisi *potasium iodide* (3,3%), *sodium chloride* (0,83%) dan *calcium chloride* (1%). Cairan topikal ini diberikan pada klien katarak senil tahap awal dengan cara ditetaskan di mata dengan dosis 2-3 tetes/ hari. Cairan ini sangat efektif untuk menekan proses *cataractogenesis*.
 - b. pemberian terapi vitamin E

Vitamin E diberikan dengan dosis 200mg 2x/hari selama 6 bulan hingga tahun.

c. pemberian terapi antioksidan oral

Sama seperti pemberian tetes mata. Terapi antioksidan oral diberikan pada tahap awal penyakit katarak. Antioksidan oral yang diberikan dapat berupa kapsul yang berisi seng, selenium, vitamin A, B₁₂, C, dan Vitamin E. Kapsul ini diminum dengan dosis 1 kapsul sehari selama 6 bulan sampai 1 tahun.

d. komponen topikal lain

Komponen topikal lain yang dapat diberikan untuk memperlambat proses *cataractogenesis* adalah cairan aspirin topikal 1%, cairan *sulindac* topikal 1%, cairan *glutathione* topikal 1%, dan cairan *benzyl alcohol* 0,07%.

2.1.7 Komplikasi

Penyulit yang terjadi berupa: visus tidak akan mencapai 5/5 atau *ambliopia sensori* dimana keadaan mata dimana tajam penglihatan atau visus tidak mencapai optimal. Komplikasi yang terjadi:

1. *glaucoma* merupakan kerusakan penglihatan yang disebabkan oleh meningkatnya tekanan bola mata sehingga merusak jaringan yang ada di retina;
2. *uveitis* merupakan peradangan pada jaringan uvea atau selaput pelangi (iris) dan bagian tengah uvea;

3. *nistagmus* merupakan gerakan ritmik tanpa kontrol pada mata yang terdiri dari tremor kecil yang cepat ke satu arah dan yang lebih besar, lebih lambat, berulang-ulang ke arah yang berlawanan; dan
4. *strabismus* merupakan gangguan penglihatan dimana mata tidak sinkron dan titik fokus menuju ke arah yang berbeda.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang/ *overt behaviour* (Notoatmodjo, 2007).

Supriyanto (dalam Besung, 2007) menjelaskan bahwa pengetahuan adalah informasi yang berupa *common sense*, tanpa memiliki metode, dan mekanisme tertentu. Pengetahuan berakar pada adat dan tradisi yang menjadi kebiasaan dan pengulangan-pengulangan. Besung (2007), menambahkan bahwa pengetahuan merupakan proses kehidupan yang diketahui manusia secara langsung dari kesadarannya sendiri.

Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Dalam pengertian lain, pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan inderawi.

Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indera atau akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya (Ensiklopedia bebas berbahasa, 2011).

2.2.2 Tingkat Pengetahuan

Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa pengetahuan memiliki 6 tingkatan domain, antara lain:

a. tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Tahu dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. paham (*comprehension*)

Paham diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan atas materi atau objek yang diketahui dan dipelajari.

c. aplikasi (*application*)

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

d. analisis (*analysis*)

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

e. sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis dapat disebut kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian tersebut berdasarkan pada satu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor (Meliono, 2007), diantaranya:

1) pendidikan

Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu mencerdaskan manusia. Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sikap positif,

serta memberikan atau meningkatkan ketrampilan masyarakat atau individu mengenai aspek tertentu.

2) media

Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas. Media ini dibagi menjadi tiga yaitu media cetak yang meliputi *booklet*, leaflet, rubrik yang terdapat pada surat kabar atau majalah, koran, buku dan poster. Kemudian media elektronik yang meliputi televisi, radio, video, *slide*, dan film serta media papan (*bill board*).

3) keterpaparan informasi

Istilah informasi oleh RUU teknologi informasi mengartikannya sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Sedangkan informasi sendiri mencakup data, teks, *image*, suara, kode, program komputer, *database*. Adanya perbedaan definisi informasi dikarenakan pada hakekatnya informasi tidak dapat diuraikan (*intangible*), sedangkan informasi itu dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan observasi terhadap dunia sekitar kita serta diteruskan melalui komunikasi.

4) pengalaman

WHO menjelaskan mengenai teori determinan perilaku dan kemudian akan menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu salah satunya disebabkan karena adanya pemikiran dan perasaan dalam diri seseorang yang terbentuk dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan,

dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek tertentu, dimana seseorang dapat memperoleh pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

5) lingkungan

Kita belajar berbagai pengetahuan, ketrampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar kita, lingkungan tersebut disebut sebagai sumber-sumber belajar, karena dengan lingkungan tersebut memungkinkan kita berubah dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dari tidak terampil menjadi terampil.

2.2.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau lewat angket yang menanyakan tentang suatu materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

- 1) baik: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan
- 2) cukup: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
- 3) kurang: Bila subyek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan.

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi kecemasan

Stuart (2009) mengatakan kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Wilkinson (2007) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang disertai respon autonomis individu, juga adanya kekhawatiran yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya atau ancaman. Menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (1998), kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

2.3.2 Penyebab kecemasan

Stuart (2009) menyatakan ada beberapa teori yang telah dikembangkan untuk menjelaskan faktor penyebab kecemasan, diantaranya:

1) faktor predisposisi kecemasan

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi kecemasan. Faktor predisposisi kecemasan diuraikan melalui beberapa teori yaitu :

a. teori psikoanalitis

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

b. teori interpersonal.

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu.

c. teori perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

- d. kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.
- e. kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan *neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA)*, yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

2) faktor presipitasi kecemasan

Faktor presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan yang membutuhkan energi ekstra untuk coping. Faktor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua faktor :

a. faktor eksternal:

- i. ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
- ii. ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

b. faktor internal:

- i. usia, seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan.

- ii. jenis kelamin, gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria. Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan subjek berjenis kelamin laki-laki. Dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.
- iii. tingkat pengetahuan, dengan pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami dalam mempersepsikan suatu hal. Pengetahuan ini sendiri biasanya diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati individu.
- iv. tipe kepribadian, orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, dan ingin serba sempurna.
- v. lingkungan dan situasi, seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

2.3.3 Respon terhadap kecemasan

Stuart (2009) menjelaskan bahwa rentang respon individu terhadap cemas berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul.

Sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah panik di mana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik dan psikososial.

Respon terhadap kecemasan dijelaskan bahwa tanda dan gejala kecemasan pada setiap orang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2009). Tanda dan gejala seseorang mengalami kecemasan antara lain:

1. gejala psikologis : pernyataan cemas atau khawatir, firasat buruk, takut akan fikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
2. gangguan pola tidur, seperti mimpi-mimpi yang menegangkan
3. gangguan konsentrasi dan daya ingat
4. gejala somatik : rasa sakit pada otot dan tulang, berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, sakit kepala, gangguan perkemihan, tangan terasa dingin dan lembab, dan lain sebagainya.

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan timbulnya kecemasan (Kaplan dan Saddock, 1998). Stuart (2009) menyatakan bahwa pada orang yang cemas akan muncul beberapa respon yang meliputi :

1. respon fisiologis
 - a. kardiovaskular : palpitasi, tekanan darah meningkat, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.

- b. pernafasan : nafas cepat dan pendek, nafas dangkal dan terengah-engah
 - c. gastrointestinal : nafsu makan menurun, tidak nyaman pada perut, mual dan diare.
 - d. neuromuskular : tremor, gugup, gelisah, insomnia dan pusing. e. Traktus urinarius : sering berkemih.
 - e. kulit : keringat dingin, gatal, wajah kemerahan.
2. respon perilaku
- Respon perilaku yang muncul adalah gelisah, tremor, ketegangan fisik, reaksi terkejut, gugup, bicara cepat, menghindar, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan interpersonal dan melarikan diri dari masalah.
3. respon kognitif
- Respon kognitif yang muncul adalah perhatian terganggu, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir, kesadaran diri meningkat, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu mengambil keputusan, menurunnya lapangan persepsi dan kreatifitas, bingung, takut, dan kehilangan kontrol.
4. respon afektif
- Respon afektif yang sering muncul adalah mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, gugup, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

2.3.4 Tingkat Kecemasan

Rentang respon kecemasan yang dijelaskan oleh Stuart (2009):



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan (Stuart, 2009)

Terdapat empat tingkat kecemasan menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), yaitu :

No	Respon	Ringan	Sedang	Berat	Panik
1.	Fisiologis	tekanan darah normal, gelisah, susah tidur, sangat sensitif terhadap suara, pikiran kurang konsentrasi, sesekali napas pendek, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar	tekanan darah sedikit meningkat, muncul ketegangan, merasa kurang nyaman, keringat dingin berlebih, sakit kepala, mulut kering, sering buang air kecil	napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkelabut, serta tampak tegang	jantung berdetak cepat, nyeri dada, pusing, mual, sulit bernafas, rasa tercekik, kesemutan, gemetar, keringat dingin berlebih, pucat, tekanan darah menurun, sensasi pendengaran menurun
2.	Kognitif	mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan	kewaspadaan meningkat, siaga dan menantang, penuh semangat dan mengajak berkompetisi serta lapang persepsi menyempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima	individu lari dari masalah, sulit memecahkan masalah, mudah lupa (waktu, tempat, situasi) dan membutuhkan banyak pengarahan / tuntutan, serta lapang persepsi menyempit.	gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi

3.	Perilaku dan emosi	perasaan relatif nyaman, rileks, tenang, melakukan kegiatan sehari-hari tanpa terganggu, motivasi meningkat	gerakan tersentak-sentak, terlihat tegang, bicara banyak dan cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman	perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat)	agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali atau kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain, serta tidak dapat berkomunikasi secara verbal, mungkin mencoba bunuh diri
4.	Afektif	berhubungan dengan peristiwa dan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari	sedang menimbulkan individu lebih memfokuskan pada hal penting pada saat itu dan tidak pada hal yang lain, kemampuan berfokus pada masalah utama, sulit berkonsentrasi namun masih mampu belajar	menimbulkan individu tidak mampu berpikir secara nyata, kurang fokus pada penyelesaian masalah, cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain serta membutuhkan pengarahan dari luar dirinya (orang lain)	individu tidak dapat mengendalikan diri, tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberikan pengarahan

Tabel 2.1 Tabel tingkat kecemasan HARS (Asmadi, 2009)

2.3.5 Skala kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya tanda gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Alat ukur kecemasan yang dikutip dari Hawari (2008) yaitu menggunakan skala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) terdiri dari 14 kelompok gejala, meliputi:

1. perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung;
2. ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu;
3. ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll;
4. gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk;
5. gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi;
6. perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tiak menyenangkan sepanjang hari;
7. gejala somatik : nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot;
8. gejala sensori : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah;

9. gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap;
10. gejala pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek;
11. gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut;
12. gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi;
13. gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala;
14. perilaku sewaktu wawancara : gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

2.4 Perioperatif Katarak

2.4.1 Definisi Perioperatif

Pembedahan adalah penyembuhan penyakit dengan jalan memotong, mengiris anggota tubuh yang sakit. Pembedahan dilakukan dengan anestesi, individu dengan masalah kesehatan yang memerlukan intervensi pembedahan mencakup pula pemberian anestesia atau pembiusan yang meliputi anestesi lokal, regional atau umum (Smeltzer, 2001). Proses pembedahan memerlukan perawatan perioperatif yang terdiri pre operasi, intra-operasi, pasca operasi sehingga memberi kenyamanan klien dan tidak terjadi infeksi nosokomial.

Pembedahan juga memerlukan tindakan anestesi untuk menghilangkan kesadaran dan nyeri untuk sementara (Baradero, 2008).

2.4.2 Jenis Perioperatif

Smeltzer (2001), menjelaskan bahwa pembedahan dibagi menjadi 3 macam yaitu pembedahan menurut faktor resiko yang ditimbulkan, pembedahan menurut tujuannya dan berdasarkan urgensinya.

a. klasifikasi pembedahan menurut faktor resiko yang ditimbulkan adalah sebagai berikut:

1) minor

Merupakan pembedahan yang menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minimal. Contoh dari pembedahan minor adalah insisi, katarak dan drainase kandung kemih atau sirkumsisi.

2) mayor

Merupakan pembedahan yang dapat menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian yang sangat serius. Contoh dari pembedahan mayor adalah laparotomi total, bedah caesar, mastektomi, bedah torak, bedah otak.

b. pembedahan menurut tujuannya dibagi menjadi:

1) diagnostik

Digunakan untuk mengetahui penyakit yang diderita seperti ketika dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi.

2) kuratif

Dilakukan sebagai pengobatan untuk menyembuhkan penyakit seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang mengalami inflamasi.

3) reparatif

Digunakan untuk memperbaiki deformitas atau menyambung daerah yang terpisah.

4) paliatif

Digunakan untuk mengurangi gejala tetapi tidak menyembuhkan seperti ketika menghilangkan nyeri.

5) rekonstruksi atau kosmetik

Untuk memperbaiki bentuk tubuh seperti ketika melakukan perbaikan wajah.

c. klasifikasi pembedahan berdasarkan waktunya menurut Baradero *et al* (2008) yaitu:

1) kedaruratan

Prosedur bedah yang harus segera dilakukan untuk menyelamatkan nyawa atau bagian tubuh.

2) urgen

Prosedur bedah yang tidak direncanakan dan memerlukan intervensi tepat waktu, tetapi tidak segera membahayakan nyawa klien.

3) elektif

Prosedur bedah yang bisa direncanakan dan tidak terlalu penting.

2.5 Keperawatan Perioperatif Katarak

2.5.1 pre operasi

Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa keperawatan pre operasi dimulai ketika keputusan tindakan pembedahan diambil, dan berakhir ketika klien dipindahkan ke kamar operasi. Fase pre operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien, melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan pre operasi, mengkaji kebutuhan klien dalam rangka perawatan pasca operasi. Kesalahan yang dilakukan pada fase ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi klien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Smeltzer, 2001).

Persiapan klien di unit perawatan, diantaranya adalah (Potter dan Perry, 2005):

1) persiapan fisik

a) status kesehatan fisik secara umum

Status kesehatan meliputi identitas klien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, *vital sign*, antara lain status hemodinamika, kardiovaskuler, pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, dan lain- lain.

b) status nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin).

Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Anestesi umum tidak diperbolehkan makan atau minum 8 jam menjelang operasi dan anestesi lokal makanan ringan masih diperbolehkan. Bahaya yang sering timbul makan/ minum sebelum operasi meliputi aspirasi saat pembedahan, mengotori meja operasi, dan mengganggu jalannya operasi.

c) pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/ menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Tindakan pencukuran (*scheren*) harus dilakukan dengan hati- hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan di operasi. Pada katarak, pencukuran bulu mata sangat disarankan agar tidak mengganggu jalannya operasi dan mencegah terjadinya infeksi (Ilyas, 2003).

d) keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik.

e) pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dengan pemasangan alat kateter jika memang diperlukan. Pengosongan kandung kemih bertujuan untuk memperlancar jalannya operasi.

f) latihan pra operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada klien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan klien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti: nyeri daerah operasi, batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan yang diberikan meliputi antara lain latihan napas dalam, batuk efektif, dan gerak sendi (klien diperbolehkan berubah posisi sebelum dilakukan operasi).

2) persiapan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan radiologi, laboratorium darah, serum, dan urin maupun pemeriksaan lain seperti EKG, dan lain-lain.

3) pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk pembiusan perlu dilakukan untuk keselamatan klien selama pembedahan. Sebelum dilakukan anestesi, klien dilakukan pemeriksaan status fisik untuk menilai sejauh mana resiko pembiusan terhadap diri klien. Pemeriksaan yang biasa digunakan adalah pemeriksaan dengan menggunakan metode ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, sistem kardiovaskuler, peredaran darah dan sistem saraf.

4) *inform consent*

Terkait dengan aspek hukum dan tanggung jawab serta tanggung gugat, yaitu *inform consent*. Baik klien maupun keluarganya harus menyadari bahwa tindakan medis, operasi sekecil apapun mempunyai resiko. Oleh karena itu setiap klien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

Inform consent sebagai wujud dari upaya rumah sakit menjunjung tinggi aspek etik hukum, maka klien atau orang yang bertanggung jawab terhadap klien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi. Artinya apapun tindakan yang dilakukan pada klien terkait dengan pembedahan, keluarga mengetahui manfaat dan tujuan serta segala resiko dan konsekuensinya. Pemberitahuan mengenai tim operasi yang menangani operasi meliputi dokter spesialis mata dan perawat kepada klien dan keluarga.

2.5.2 Intra operasi

Tahap intra operasi dimulai dengan pemindahan pasien ke tempat tidur di kamar operasi sampai pasien dipindahkan ke unit pasca-anestesia. Pembedahan harus dilakukan dengan teknik aseptik di kamar operasi karena pembedahan rentan untuk terjadinya infeksi nosokomial. Koordinasi di antara tim bedah sangat perlu agar asuhan pasien intra-operasi dapat diberikan dengan aman dan efektif. Sebelum pembedahan, diberikan obat anestesi untuk menghilangkan nyeri sementara (Baradero *et al*, 2008). Pemberian pre-medikasi diperlukan untuk mengurangi kecemasan, memperlancar induksi dan pengelolaan anestesi.

Tindakan perawat pada fase intra operasi meliputi perlindungan terhadap kejadian injuri (cedera) dan monitoring klien terdiri dari *safety management* (pengaturan posisi klien); monitoring fisiologis seperti *balance* cairan, *cardiopulmonal*, *vital sign*; psikologis sebelum induksi dan klien sadar.

Pembedahan pada katarak terdiri dari pengangkatan lensa dan penggantian lensa, yaitu (Ilyas, 2003) :

a. pengangkatan lensa

Ada 4 macam pembedahan yang digunakan untuk mengangkat lensa:

1) ekstraksi intrakapsular atau *intra capsular cataract extraction* (ICCE)

Teknik dengan seluruh lensa bersama kapsul dikeluarkan, dapat dilakukan pada yang matur dan *zonula zinn* yang telah rapuh, namun tidak boleh dilakukan pada klien berusia kurang dari 40 tahun, katarak imatur, yang masih memiliki *zonula zinn*. Teknik seperti ini jarang dilakukan lagi sekarang.

2) ekstraksi ekstrakapsular atau *extra capsular cataract extraction* (ECCE)

Pada teknik ini, bagian depan kapsul dipotong dan diangkat, lensa dikeluarkan melalui pemecahan atau perobekan kapsul lensa anterior sehingga korteks dan nukleus lensa dapat dikeluarkan melalui robekan tersebut, sehingga hal ini menyisakan kapsul bagian belakang. Lensa intraokuler buatan dapat dimasukkan ke dalam kapsul melalui robekan tersebut. Kejadian komplikasi setelah operasi lebih kecil kalau kapsul bagian belakang utuh.

3) *small incision cataract surgery* (SICS)

Merupakan teknik ekstraksi katarak ekstrakapsular dengan insisi yang lebih kecil sehingga hampir tidak perlu dijahit.

kemudian dilakukan penanaman lensa intraokuler. Teknik dengan menggunakan insisi konvensional dikarenakan akan meminimalkan terjadinya komplikasi dan penyembuhan luka lebih cepat serta resiko astigmatisme.

4) *phacoemulsification*

Teknik ekstrakapsular fakoemulsifikasi merupakan fragmentasi nukleus lensa dengan gelombang ultrasonik. Fakoemulsifikasi berfungsi untuk mengangkat lensa melalui irisan yang kecil (2-5 mm). Cara ini memungkinkan pengambilan lensa melalui insisi yang lebih kecil dengan menggunakan alat ultrasonic frekuensi tinggi untuk memecah nucleus dan korteks lensa menjadi partikel kecil yang kemudian diaspirasi melalui alat yang sama yang juga memberikan irigasi kontinu. Teknik ini memerlukan waktu penyembuhan yang lebih pendek dan penurunan insidensi astigmatisme pascaoperasi. Kedua teknik irigasi-aspirasi dan fakoemulsifikasi dapat mempertahankan kapsula posterior, yang nantinya digunakan untuk penyangga IOL. Bila lensa diangkat, klien katarak memerlukan koreksi optikal. Koreksi ini dapat dilakukan dengan tiga metode, yaitu kaca mata apakia, lensa kontak, dan implan IOL.

b. penggantian lensa

Klien yang telah menjalani pembedahan katarak biasanya akan mendapatkan lensa buatan sebagai pengganti lensa yang telah diangkat. Pada koreksi setelah lensa diangkat dapat mempergunakan salah satu diantaranya dari kaca mata apakia, lensa kontak, dan implan IOL. Kaca mata apakia mampu memberikan pandangan sentral yang baik, namun pembesaran 25-30 persen menyebabkan distorsi pandangan (benda nampak jauh lebih dekat dari sebenarnya).

Lensa kontak jauh lebih nyaman daripada kaca mata apakia, tidak terjadi pembesaran bermakna sebesar 5-10%, tidak terdapat aberasi sferis, tidak ada penurunan lapang pandang, dan tidak ada kesalahan orientasi spasial. Kerugiannya adalah harganya lebih mahal, sering harus diganti karena sobek atau hilang, dan meningkatnya keratitis infeksiosa.

Implan IOL (lensa intraolikuler) memberikan alternatif bagi kaca mata apakia dan ketidakprektisan penggunaan lensa kontak. Lensa IOL (lensa intraolikuler) ini merupakan lempengan plastik yang disebut lensa intraokuler, biasanya lensa intraokuler dimasukkan ke dalam kapsul lensa di dalam mata. Kurang lebih 97% pembedahan katarak dilakukan bersamaan dengan pemasangan IOL karena pemasangan dapat dilakukan melalui insisi yang lebih kecil yang dibuat untuk fakoemulsifikasi sehingga pemasangan lensa ini hanya satu jahitan atau tanpa jahitan sama sekali. 95% IOL dipasang pada kapsul anterior dan 5% pada kapsul posterior.

Roy dan Tindall dalam Brunner Suddarth (2001) menjelaskan bahwa kombinasi pembedahan katarak ekstraksi ekstrakapsuler dengan pemasangan lensa intraokuler lebih bagus karena tidak menimbulkan bahaya komplikasi yang membahayakan pada proses penglihatan. Namun terdapat kontraindikasi pada pemasangan IOL yaitu adanya *uveitis* berulang, *retinopati diabetika proliferaif*, dan komplikasi *glaucoma*.

2.5.3 pasca operasi

Tahap pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang.

Pada tahap ini perawat berusaha untuk memulihkan fungsi pasien seoptimal dan secepat mungkin (Baradero *et al*, 2008). Pasca operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya (Wibowo, 2001).

Pada perawatan pasca operasi diperlukan dukungan untuk pasien, menghilangkan rasa sakit, antisipasi dan mengatasi segera komplikasi, memelihara komunikasi yang baik dengan tim, rencana perawatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien (Baradero *et al*, 2008). Sebelum pasien dipindahkan ke ruangan (bangsal) setelah dilakukan operasi terutama yang menggunakan *general aenesthesia*, maka kita perlu melakukan penilaian terlebih dahulu untuk menentukan apakah pasien sudah dapat dipindahkan ke ruangan atau masih perlu di observasi di ruang pemulihan (*recovery room*).

Ilyas (2003) menjelaskan bahwa perawatan pasca operasi yang cermat seperti nasihat dan anjuran petugas kesehatan diikuti untuk mendapatkan hasil operasi yang baik. Setelah pembedahan, klien diberikan anti nyeri untuk mengurangi rasa sakit yang ditimbulkan oleh operasi, antibiotik diperlukan untuk mencegah dan mengurangi infeksi, dan mata dilindungi dengan pelindung. Obat tetes mata steroid diberikan untuk mengurangi reaksi inflamasi akibat tindakan operasi. Perawatan pasca operasi yang harus diperhatikan oleh klien adalah membatasi aktivitas di rumah dengan tidak melakukan olahraga dan aktivitas yang berat selama 2 bulan dan memakai pelindung mata atau kaca mata agar aman dan tidak silau. Hal-hal yang tidak diperbolehkan adalah menggosok mata, membungkuk terlalu lama, berbaring ke sisi mata yang baru di operasi,

mengedan keras sewaktu buang air besar, dan aktivitas berat. Mata akan dibebat paling lama 1 minggu dan harus di kontrol oleh dokter spesialis mata mengenai luka dan progresivitas mata setelah dilakukan operasi.

2.6 Hubungan tingkat pengetahuan perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan klien pre operasi.

Klien yang memiliki mata katarak, apalagi dua mata yang mengalami katarak tidak mudah menjalani kehidupan, apalagi yang terkena katarak adalah kepala rumah tangga, secara sosial ekonomi jelas mempunyai dampak yang sangat serius, dan tidak menutup kemungkinan dampak psikologis. Hal yang paling umum yang dirasakan klien adalah kecemasan. Kecemasan yang dirasakan oleh klien disebabkan oleh ketidaktahuan klien tentang proses penyakit dan cara mengobatinya, juga diakibatkan oleh rasa takut kehilangan fungsi penglihatan seumur hidup dengan demikian akan membebani anggota keluarga yang lain.

David (2003) menjelaskan kecemasan merupakan suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis yang dirasakan oleh klien pre operatif. Fase pre operasi dimulai ketika keputusan untuk menjalani intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer dan Bare, 2002). Persiapan pre operasi sangat penting sekali untuk mengurangi faktor resiko karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan klien. Persiapan inilah ditentukan adanya kontraindikasi operasi, toleransi klien terhadap tindakan bedah, dan ditetapkan waktu yang tepat untuk melaksanakan pembedahan.

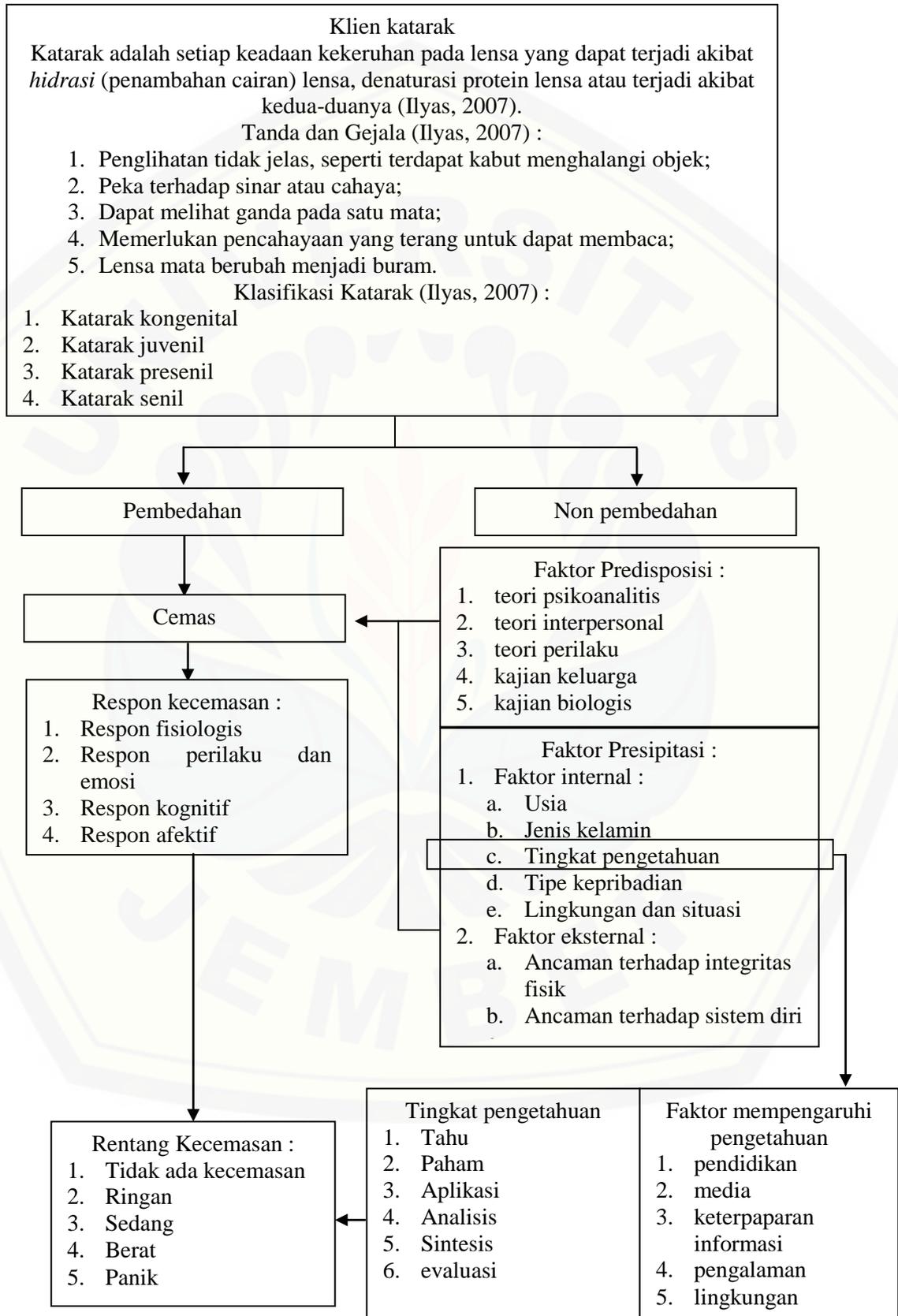
Kecemasan timbul sebagai respon terhadap stres, baik stres fisik dan fisiologis. Artinya, kecemasan terjadi ketika seorang merasa terancam baik fisik maupun psikologis (Asmadi, 2008).

Respon kecemasan merupakan sesuatu yang sering muncul pada klien yang akan menjalani operasi (pre operasi). Karena pre operasi merupakan pengalaman baru bagi klien yang akan menjalani operasi. Kecemasan klien pre operasi disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah dari faktor pengetahuan dan sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan pada klien pre operasi di ruang rawat inap. Kaplan dan Sadock (2005) menjelaskan bahwa kecemasan klien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, pengalaman klien menjalani operasi, konsep diri dan peran, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kondisi medis, akses informasi, proses adaptasi, jenis tindakan medis dan komunikasi terapeutik.

Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa fase pre operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien, melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan pre operasi, mengkaji kebutuhan klien dalam rangka perawatan pasca operasi. Tanggung jawab perawat yang berkaitan dengan *informed consent* sebelum tindakan pembedahan adalah memastikan bahwa *informed consent* yang diberikan dokter didapat dengan sukarela dari klien yang sebelumnya diberikan penjelasan secara jelas mengenai pembedahan dan kemungkinan risiko. Sebelum dilakukan pembedahan, perawat harus mengkaji faktor psikologi dan fisik klien.

2.7 Kerangka Teori

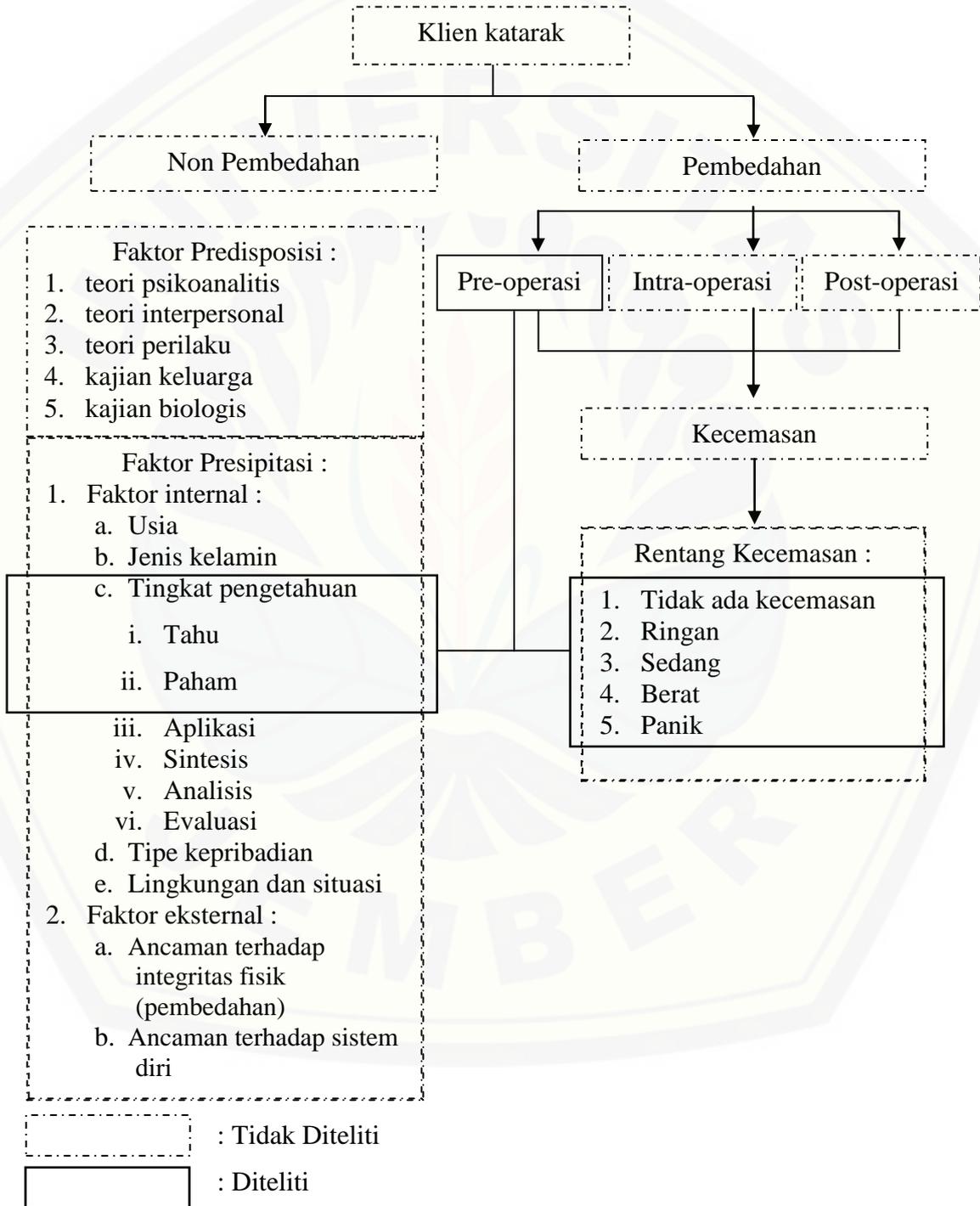
Berdasarkan landasan teori di atas, maka dibentuk kerangka teori:



Gambar 2.2. Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis

Ha: terdapat hubungan tingkat pengetahuan perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan metode *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Artinya tiap subjek hanya dilakukan penelitian sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel pada saat pemeriksaan (Notoadmodjo, 2005). Variabel independen penelitian ini adalah tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dan variabel dependen adalah tingkat kecemasan klien pre operasi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi adalah keseluruhan subyek/ elemen/ unit/ item dari sebuah riset (*Gajah Mada University Press*, 2006). Populasi penelitian ini adalah seluruh klien katarak yang akan melakukan operasi di RSD dr. Soebandi Jember. Populasi pada tahun 2014 sebanyak 384 klien.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan yang mewakilinya (Setiadi, 2007). Ukuran sampel adalah jumlah subjek yang dipilih dari populasi sehingga membentuk sebuah sampel (*Gajah Mada University Press*, 2006). Sampel yang digunakan dalam satu bulan sebesar $384 / 12 \text{ bulan} = 32$ klien.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Non probability sampling* dengan metode *accidental sampling*. Sugiyono (2007) menjelaskan bahwa teknik *accidental sampling* dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang bertemu dengan peneliti yang dianggap cocok dengan karakteristik sampel yang ditentukan akan dijadikan sampel penelitian. Sampel disini yaitu klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember. Teknik ini digunakan oleh karena klien yang akan operasi katarak mengalami fluktuasi dalam tiap tahunnya dan tidak dapat diperkirakan jumlah populasinya.

4.2.4 Kriteria sampel penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian klien katarak yang mempunyai kriteria yang telah ditetapkan sebagai sampel oleh peneliti, yaitu:

a. kriteria inklusi

- 1) klien akan dilakukan operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember;
- 2) klien belum pernah mengalami operasi sebelumnya;

3) bersedia menjadi responden.

b. kriteria eksklusi

- 1) klien mengalami kondisi situasional seperti operasi dibatalkan oleh karena ditunda;
- 2) klien mengalami komplikasi glaucoma.

4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember. Alasan pemilihan tempat tersebut dikarenakan RSD dr. Soebandi Jember menjadi rumah sakit rujukan untuk Jawa Timur bagian timur/ se-Karesidenan Besuki (Jember, Bondowoso, Situbondo dan Banyuwangi).

4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal penelitian sampai dengan laporan hasil penelitian serta publikasi penelitian dari bulan Januari hingga Juni 2015.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Pengumpulan Data	Skala	Hasil
1	Variabel bebas: Tingkat Pengetahuan	Kemampuan klien untuk mengetahui proses perioperatif katarak a. pre operatif (tahap pre operasi dimulai ketika keputusan tindakan	Kuesioner perioperatif katarak	Ordinal	Tiap jawaban yang benar diberikan nilai 1 dan salah diberikan nilai 0.

pembedahan diambil, dan berakhir ketika klien dipindahkan ke kamar operasi) :

1) persiapan fisik

a) status kesehatan fisik secara umum

b) status nutrisi

c) pencukuran daerah operasi

d) keseimbangan cairan dan elektrolit

e) pengosongan kandung kemih

f) latihan pra operasi

2) persiapan penunjang

3) pemeriksaan status anestesi

4) *inform consent*

b. intra operatif (tahap intra operasi dimulai dengan pemindahan pasien ke tempat tidur di kamar operasi sampai pasien dipindahkan ke unit pasca anestesia) :

1) pengangkatan lensa

2) penggantian lensa

c. pasca operatif (tahap pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang)

Arikunto (2006), dibagi dalam 3

kategori, yaitu:

1) baik: bila subyek

mampu menjawab dengan

benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan

2) cukup: bila subyek

mampu menjawab dengan

benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan

3) kurang: bila subyek

mampu menjawab dengan

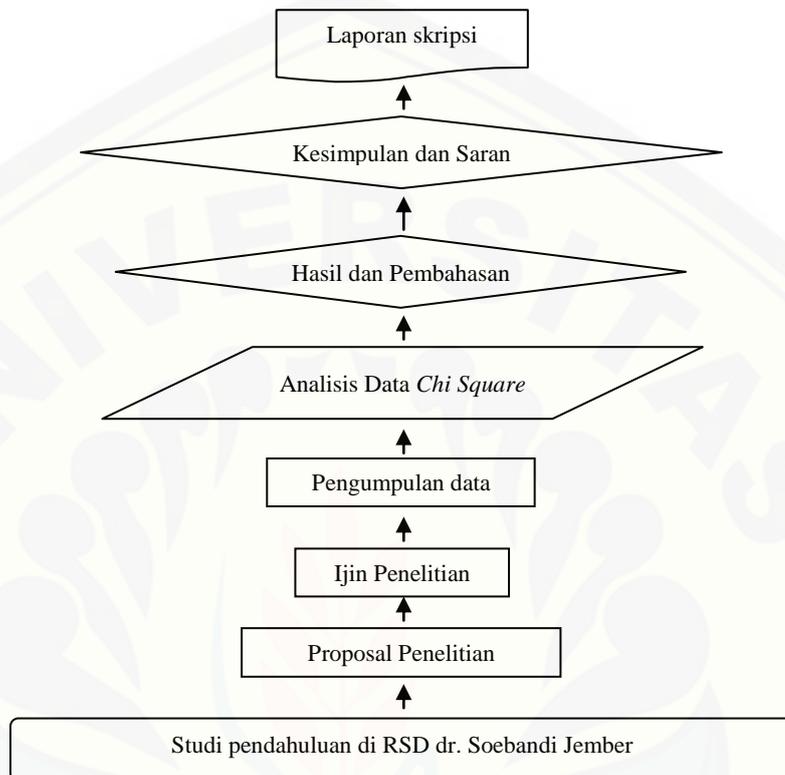
benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan.

2	Variabel terikat: Tingkat Kecemasan	Respon klien terhadap perasaan yang tidak menyenangkan yang dapat mengakibatkan respon adaptif dan maladaptif	Skala HARS	Ordinal	Dari pilihan jawaban akan dikategorikan: 1. tidak ada kecemasan : jika skor jawaban 0-14 2. ringan : jika skor jawaban 15-20 3. sedang : jika skor jawaban 21-27 4. berat : jika skor jawaban 28-41 5. panik : jika skor 42-56 (Hawari, 2008)
---	--	---	------------	---------	---

4.6 Alur Penelitian

Penelitian didahului dengan pencarian masalah melalui studi pendahuluan penelitian. Proposal penelitian mencakup latar belakang, tinjauan pustaka, kerangka konsep, dan metode penelitian. Pada metode penelitian terdapat alat ukur yaitu berupa kuesioner pengetahuan perioperatif katarak yang akan dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya, kemudian skala HARS juga telah baku dilakukan untuk pengukuran skala kecemasan. Instrumen yang telah valid dan reliabel digunakan sebagai alat pengumpulan data. Ijin penelitian dilakukan untuk mendapatkan data penelitian. Data yang didapatkan, kemudian dianalisa dengan menggunakan analisis uji statistik *chi square*.

Hasil yang didapatkan dari analisa data, dilakukan pembahasan dan kesimpulan dan saran. Hasil dari penelitian kemudian dibuat laporan skripsi.



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.7 Pengumpulan Data

4.7.1 Sumber Data

Data diperoleh dari klien yang akan dilakukan operasi di RSD dr. Soebandi Jember. Data yang diperoleh adalah data primer atau diperoleh langsung dari subjek penelitian.

4.7.2 Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data dengan menggunakan teknik pengumpulan jawaban dari kuesioner mengenai pengetahuan tentang perioperatif katarak dan skala HARS mengenai tingkat kecemasan klien pre operasi.

Kuesioner tersebut diberikan oleh peneliti terhadap klien katarak yang telah memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Kuesioner ini diisi oleh peneliti berdasarkan wawancara dengan klien katarak. Peneliti memberikan suatu arahan jika responden mengalami kesulitan dalam wawancara kuesioner. Peneliti juga melakukan observasi berdasarkan skala HARS untuk menentukan tingkat kecemasan klien.

4.7.3 Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data berupa *kuesioner* dengan pertanyaan tertutup, terdiri dari dua jenis *kuesioner*. Pada *kuesioner* ini terdapat pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. Bentuk pertanyaan ini menggunakan *dichotomous choice* yaitu dalam pertanyaan hanya disediakan 2 jawaban/ alternatif dan responden hanya memilih salah satu diantaranya (Notoadmodjo, 2005).

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah :

a. *kuesioner* A

Kuesioner A berisi tentang karakteristik demografi klien katarak yang terdiri dari umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Hasil pengumpulan data subvariabel umur tidak dikategorikan. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tiga yaitu tidak sekolah/SD/SMP, SMA, dan DIII/S1. *Kuesioner* A berisi 20 pertanyaan yang terdiri dari konsep penyakit katarak, perioperatif katarak, pre, intra,

dan pasca operatif yang akan diuji validitas dan reliabilitasnya dimana terdapat 12 pertanyaan *favorable* (1,3,4,5,6,10,11,13,14,15,17,19) dan 8 pertanyaan *unfavorable* (2,7,8,9,12,16,18,20).

Hasil pengukuran pengetahuan menurut Arikunto (2006), yaitu:

- 1) tingkat pengetahuan baik: bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan
- 2) tingkat pengetahuan cukup: bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
- 3) tingkat pengetahuan kurang: bila subyek mampu menjawab dengan benar $\leq 55\%$ dari seluruh pertanyaan

b. kuesioner B

kuesioner B berisi kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan klien katarak. Pengukuran tingkat kecemasan dengan menggunakan skala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya tanda gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Hawari (2008) menjelaskan bahwa cara pengukuran dengan skala HARS yaitu cara penilaian kecemasan dengan memberikan nilai pada kategori :

0 : tidak ada gejala sama sekali

1 : satu dari gejala yang ada

2 : sedang atau separuh dari gejala yang ada

3 : berat atau lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada

4 : sangat berat semua gejala ada

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

0 = 14 tidak ada kecemasan

1 = 15 – 20 kecemasan ringan

2 = 21 – 27 kecemasan sedang

3 = 28 – 41 kecemasan berat

4 = 42 – 56 panik

4.7.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak akan dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dilakukan untuk menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten (Notoadmodjo, 2005). Tingkat kecemasan akan menggunakan skala HARS yang telah menjadi skala baku untuk pengukuran tingkat kecemasan sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Hawari, 2008).

Uji validitas dan reliabilitas memerlukan jumlah responden minimal sebanyak 20 orang untuk memperoleh distribusi hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2010). Uji ini dilakukan di RS Jember Klinik dengan jumlah 30 klien. Alasan pemilihan kepada RS Jember Klinik untuk dilakukan uji validitas dan reliabilitas tersebut karena memiliki karakteristik yang hampir sama dalam klien yang akan dilakukan operasi katarak.

a. uji validitas

Penerapan validitas isi pada penelitian ini dilakukan dengan menyusun kisi-kisi pernyataan sesuai dengan variabel-variabel penelitian. Hasil dari pembuatan kisi-kisi pernyataan dikonsultasikan kepada pembimbing. Variabel kriteria menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standart*) yang baku (Portney dan Watskin, 2000). Uji validitas yang dilakukan di penelitian ini yaitu melalui uji korelasi dengan membandingkan skor pertanyaan dengan skor total. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Apabila didapatkan r hasil $>$ r tabel maka pernyataan valid dan sebaliknya (Hastono, 2007).

Pada uji validitas pada tanggal 21 april hingga 21 mei 2015 di RS Jember Klinik, peneliti menggunakan responden berjumlah 30 orang. Nilai r tabel yang digunakan pada uji validitas dengan responden berjumlah 30 orang adalah 0,361. Hasil uji validitas pada kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak nilai r hitung pada rentang 0,366-0,614.

Tabel 4.2. Uji Validitas Kuesioner Tingkat Pengetahuan Perioperatif Katarak di RS Jember Klinik (n = 30 sampel) April – Mei 2015

No	Tingkat Pengetahuan	Sebelum Uji Validitas		Setelah Uji Validitas	
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1.	Pre Operasi	1, 2, 3, 4, 5	6, 7	1, 2, 3, 4, 5	6, 7
2.	Intra Operasi	10, 11, 13, 14	8, 9, 12	9, 10, 11, 12	8
3.	Pasca Operasi	15, 17, 19	16, 18, 20	13	14, 15
	Total	12	8	10	5

b. uji reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten (Notoadmodjo, 2005). Uji reliabilitas perlu dilakukan pada setiap instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai koefisien 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang dapat diterima adalah 0,80. Untuk nilai instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Bruns dan Gorve, 1997 dalam Hamid, 2008). Instrumen tingkat pengetahuan perioperatif katarak diuji menggunakan rumus *Cronbach alpha*, dikatakan instrumen tingkat pengetahuan perioperatif katarak reliabel jika memiliki nilai $alpha > 0,6$. Nilai uji reliabilitas menggunakan *Cronbach alpha* pada uji kuesioner pengetahuan perioperatif katarak adalah 0,735. Kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dapat dikatakan reliabel dikarenakan nilai $alpha > 0,6$ yaitu $0,735 > 0,6$. Hasil uji reliabilitas pada kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak nilai $alpha$ pada rentang 0,601-0,779.

Kesimpulannya bahwa kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dapat dipergunakan sebagai alat pengumpulan data klien dikarenakan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas serta mempunyai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan. Kuesioner dengan awalnya 20 pertanyaan, setelah dilakukan uji ditemukan 15 pertanyaan yang menjadi alat pengumpulan data klien.

4.8 Pengolahan dan Analisa data

4.8.1 *editing*

Proses *editing* adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Kuesioner mengenai tingkat pengetahuan dan tingkat kecemasan klien yang akan dioperasi diperiksa meliputi kelengkapan distribusi umum dan kelengkapan jawaban kuesioner.

4.8.2 *coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007). Pada penelitian ini terdiri dari 2 variabel yaitu tingkat pengetahuan dan kecemasan klien. Pada kuesioner 2 variabel tersebut terdapat pertanyaan *unfavorabel* dan *favorabel*. Pemberian koding pada penelitian ini meliputi:

- a. variabel tingkat pengetahuan
 - 1) baik = 1: jika skor jawaban 12-15 benar,
 - 2) cukup = 2 : jika skor jawaban 9-11 benar,
 - 3) kurang = 3 : jika skor jawaban 1-8 benar.
- b. variabel tingkat kecemasan klien dengan menggunakan skala HARS
 - 1) 0 = tidak ada kecemasan : jika skor jawaban 0-14,
 - 2) 1 = ringan : jika skor jawaban 15-20,

3) 2 = sedang : jika skor jawaban 21-27,

4) 3 = berat : jika skor jawaban 28-41, dan

5) 4 = panik : jika skor 42-56

4.8.3 *entry*

Jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel melalui pengolahan komputer (Setiadi, 2007) yaitu SPSS. Data yang sudah di-*coding* dimasukkan sesuai dengan tabel SPSS, untuk tingkat pengetahuan dengan skala ordinal dan tingkat kecemasan klien dengan skala ordinal.

4.8.4 *cleaning*

Data yang telah dimasukkan dilakukan pembersihan apakah data sudah benar atau belum (Setiadi, 2007). Data yang sudah dimasukkan diperiksa kembali dengan jumlah sampel dengan teknik *accidental sampling* dari kemungkinan data yang belum di *entry*.

4.8.5 *analisis data*

Penelitian ini merupakan penelitian analitik yang melakukan analisis hubungan 2 variabel (*bivariat*) yang keduanya bersifat kategorik, yaitu dengan membandingkan hasil kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak (ordinal) dan tingkat kecemasan klien pre operasi katarak (ordinal). Tujuan uji adalah korelasi, dengan sampel bebas dan data kategorik sehingga uji yang digunakan adalah uji statistik *chi square* (Machfoedz, 2008). Kesimpulan hasil dengan membedakan *p value* dengan nilai *alpha* = 0,05 dengan tingkat kemaknaan 95%.

Analisis data hasil penelitian dengan menggunakan uji *chi square*, mendapatkan hasil bahwa $p\text{ value} = 0,037$ dengan taraf signifikan (α) 0,05. Tabel 5.4 tersebut, menunjukkan bahwa terdapat 7 sel memiliki nilai ekspektasi kurang dari 1. Hal ini menandakan hasil yang dilakukan tidak memenuhi syarat uji *chi square*. Hastono (dalam Riwidikdo, 2007) menyatakan bahwa uji *chi square* menuntut frekuensi harapan atau ekspektasi dalam masing-masing sel tidak boleh terlampaui kecil, tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai E kurang dari 1. Keterbatasan tersebut terjadi pada uji *chi square* penelitian ini. Peneliti harus menggabungkan kategori - kategori dalam rangka memperbesar frekuensi harapan dari sel - sel tersebut (penggabungan ini dapat dilakukan untuk tabel analisis silang lebih dari 2x2, misalnya 3x2, 3x3, dan sebagainya), sehingga pada hasil analisis uji *chi square* pada penelitian ini dilakukan penggabungan kategori dengan harapan memperbesar frekuensi harapan.

Pengkategorian dilakukan dengan menggabungkan kolom kategori tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak. Penggabungan kolom kategori tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak cukup karena nilai ekspektasinya kurang dari 1 sehingga digabungkan dengan kolom kategori kurang. Hasil uji terhadap variabel yang telah digabungkan kategorinya dengan menggunakan tabel 3x2 didapatkan analisis data hasil penelitian dengan menggunakan uji *chi square*, mendapatkan hasil bahwa $p\text{ value} = 0,042$ dengan taraf signifikan (α) 0,05. Analisis penggabungan kolom kategori dengan tabel 3x2 menunjukkan bahwa masih terdapat 4 sel yang memiliki nilai ekspektasi kurang dari 1. Hal ini menandakan hasil yang dilakukan masih tidak memenuhi syarat uji *chi square*,

maka dari itu dilakukan penggabungan kolom kategori menjadi tabel 2x2 dengan menggunakan uji *chi square* ditambahkan *fisher exact* dalam analisis data. Terdapat hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember jika nilai uji statistik *p value* < 0,05 dan memiliki jumlah sel dengan nilai ekspektasi lebih dari satu.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan seringkali terdapat masalah etik, oleh karena itu maka diperlukan suatu etika penelitian (Potter dan Perry, 2005), yaitu:

a. *informed consent*

Setiap penelitian peneliti memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) kepada responden yang berisi tentang informasi yang lengkap, tentang tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, potensial bahaya, keuntungan serta metode alternatif pengobatan.

b. *confidentiality*

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

c. *anonymity*

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

d. *beneficence*

Prinsip *beneficence* menekankan pada manfaat dan kebaikan yang akan diterima oleh responden (Watson, McKenna, Couman dan Keady, 2008). Manfaat penelitian ini bagi responden antara lain dapat meningkatkan pengetahuan klien terhadap proses pembedahan dan mengetahui tingkat kecemasan yang terjadi, sehingga dalam penatalaksanaan katarak berupa tindakan pembedahan dapat terlaksana dengan baik. Dapat dikatakan sebagai masukan bagi perawat dan institusi dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit khususnya di keperawatan perioperatif. Manfaat bagi peneliti antara lain dapat mengembangkan wawasan peneliti terkait dengan penelitian yang dilakukan.

e. *non-maleficence*

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

f. *justice*

Prinsip *justice* diwujudkan dengan memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas memberi setiap orang haknya, serta menekankan pada distribusi seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan (Komite Penelitian Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Penerapan prinsip ini dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan perlakuan yang adil mencakup seleksi subyek yang adil dan tidak diskriminatif (tidak membeda-bedakan status sosial, ekonomi, dan budaya), perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak dari keikutsertaan dalam penelitian, dapat mengakses penelitian untuk mengklarifikasi informasi, subyek berhak mendapatkan penjelasan jika diperlukan, serta mengikutsertakan semua responden yang memenuhi kriteria inklusi.

BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember pada bulan 24 April – 24 Mei 2015, dengan jumlah klien sebanyak 32 orang. Selanjutnya kuesioner yang telah terkumpul dilakukan *editing, coding, entry, cleaning* dan analisa uji statistik, sehingga diperoleh gambaran tingkat pengetahuan klien tentang pengetahuan perioperatif katarak, tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak, dan hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Hasil penelitian ditampilkan dalam bentuk tabel dan narasi, sedangkan pada pembahasan ditampilkan dalam bentuk narasi. Data dianalisis univariat dan bivariat. Analisis univariat berisi data kategorik klien dengan katarak yang meliputi umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan klien. Analisis bivariat terdiri dari tingkat pengetahuan klien katarak tentang perioperatif katarak; tingkat kecemasan klien pre operasi katarak; dan hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

5.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini menyajikan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat berupa data umum meliputi umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan. Analisis bivariat meliputi tingkat pengetahuan klien katarak tentang perioperatif katarak; tingkat kecemasan klien pre operasi katarak; dan hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

5.1.1 analisis univariat

Analisis univariat terhadap karakteristik responden meliputi data umur klien dengan katarak, jenis kelamin dan tingkat pendidikan klien dengan katarak, tingkat pengetahuan klien dengan katarak tentang perioperatif katarak, dan tingkat kecemasan klien pre operasi katarak.

a. umur klien dengan katarak

Tabel 5.1 Karakteristik klien dengan katarak berdasarkan umur di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32)

Karakteristik Klien	Mean	Std. Deviation	Min - Max
Umur	49,00	8,576	35- 65

Hasil analisis pada tabel 5.1 menunjukkan rata-rata umur klien adalah 49 tahun. Umur minimum klien adalah 35 tahun dan umur maksimum adalah 65 tahun. Standar deviasi pada analisis adalah 8,576 artinya variasi data umur klien katarak representasi.

b. jenis kelamin dan tingkat pendidikan klien dengan katarak

Tabel 5.2 Karakteristik klien katarak berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32)

No	Karakteristik Klien	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	a. laki-laki	21	65,6
	b. perempuan	11	34,4
	Total	32	100
2.	Tingkat Pendidikan		
	a. Tidak Sekolah/ SD/ SMP	9	28,1
	b. SMA	14	43,8
	c. D3/S1	9	28,1
	Total	32	100

Distribusi klien katarak berdasarkan tabel 5.2 didapatkan jenis kelamin klien laki-laki sebanyak 21 orang (65,6%) dan perempuan sebanyak 11 orang (34,4%). Tingkat pendidikan didapatkan klien katarak yang tidak sekolah/ SD/ lulusan SMP sebanyak 9 orang (28,1%), SMA sebanyak 14 orang (43,8%), dan D3/S1 sebanyak 9 orang (28,1%).

5.1.2 Tingkat Pengetahuan Klien Katarak tentang Perioperatif Katarak di RSD dr.

Soebandi Jember

Tabel 5.3 Distribusi tingkat pengetahuan klien katarak tentang perioperatif katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32)

Tingkat Pengetahuan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Baik	24	75
Cukup	6	18,75
Kurang	2	6,25
Total	32	100

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi tingkat pengetahuan klien tentang penyakit katarak pada penelitian ini didapatkan bahwa klien yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 24 orang (75%), sedangkan klien yang memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 6 orang (18,75%), dan klien yang memiliki tingkat pengetahuan kurang sebanyak 2 orang (6,25%).

5.1.3 Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n=32)

Tingkat Kecemasan	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Tidak ada kecemasan	6	18,8
Kecemasan ringan	19	59,4
Kecemasan sedang	7	21,8
Total	32	100

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak didapatkan tingkat kecemasan sedang sebanyak 7 orang (21,8%), tingkat kecemasan ringan 19 orang (59,4%), tidak ada kecemasan sebanyak 6 orang (18,8%), tidak ditemukan pada tingkat kecemasan panik dan berat.

5.1.4 Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Data yang didapatkan dari penelitian hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember, dianalisis menggunakan analisis *chi square* untuk mengetahui bagaimana hubungan antara kedua variabel tersebut.

Pengkategorian dilakukan dengan menggabungkan kolom kategori tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak. Penggabungan kolom kategori tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak cukup digabungkan dengan kolom kategori kurang dan tingkat kecemasan pada tidak ada kecemasan digabungkan dengan kolom kategori tingkat kecemasan ringan. Hasil uji terhadap variabel yang telah digabungkan kategorinya dapat dilihat pada tabel 5.4 sebagai berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Klien menurut Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2015 (n = 32)

Tingkat pengetahuan	Tingkat Kecemasan				Total		OR (95%CI)	<i>p value</i>
	Ringan		Sedang		N	%		
	N	%	N	%				
Baik	21	65,6	3	9,4	24	75	6,000	0,047
Kurang	4	12,5	4	12,5	8	25		
Jumlah	25	78,1	7	21,9	32	100		

Tabel 5.5 menunjukkan dari jumlah 24 klien (75%) dengan tingkat pengetahuan baik, 21 klien (65,6%) ditemukan adanya kecemasan ringan dan sisanya 3 klien (9,4%) memiliki kecemasan sedang. Sebanyak 8 klien (25%) dengan tingkat pengetahuan kurang, terbagi rata 4 klien (12,5%) memiliki tingkat kecemasan ringan dan sedang.

Hasil uji statistik dengan menggunakan analisis *chi square* dengan besar tingkat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$), diperoleh *p value* = 0,047 yang berarti nilai *p value* < 0,05 yang artinya H_0 gagal di tolak. Hal tersebut dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Karakteristik klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Hasil penelitian pada analisis univariat pada tabel 5.1 menunjukkan rata-rata umur klien dengan katarak adalah 49 tahun. Umur minimum klien adalah 35 tahun dan maksimum adalah 65 tahun. Pengklasifikasian penyakit katarak berdasarkan umur, dalam tinjauan teoritis penyakit katarak terdapat kategori katarak kongenital yaitu penyakit katarak yang terjadi pada umur kurang dari 1 tahun, katarak juvenil yang terjadi pada umur satu hingga tiga puluh tahun, katarak presenil terjadi pada umur tiga puluh hingga empat puluh tahun, dan katarak senil yang terjadi pada umur lebih dari empat puluh tahun (Ilyas, 2003). Penelitian ini didapatkan klien paling banyak adalah klien dengan katarak senil yang terjadi pada umur lebih dari empat puluh tahun.

Hal ini didukung juga dengan pernyataan Ilyas (2003) bahwa salah satu pencetus penyakit katarak adalah proses penuaan atau *degeneratif*. Proses penuaan atau *degeneratif* ditandai dengan kemunduran serat lensa yang menjadikan adanya penurunan dalam penglihatan. Selain itu konsep penuaan mengenai perubahan lensa pada umur lanjut yang terjadi pada kapsul, epitel makin tipis, dan serat lensa lebih irregular.

Ilyas (2007) berpendapat bahwa katarak yang berkaitan dengan umur, merupakan jenis katarak yang paling umum. Berdasarkan lokasinya terdapat 3 jenis, yakni *nuclear sclerosis*, *cortical*, dan *posterior subcapsular*. *Nuclear sclerosis* merupakan perubahan lensa perlahan sehingga menjadi keras dan kekuningan. Pandangan jauh dipengaruhi daripada pandangan dekat/ baca.

Klien juga kesulitan membedakan warna, terutama biru. Katarak jenis *cortical* terjadi bila serat lensa menjadi keruh, menyebabkan silau. *Posterior subcapsular* merupakan terjadinya kekeruhan di belakang lensa dan pandangan silau, pandangan kabur pada kondisi cahaya terang, serta pandangan baca yang menurun. Dengan bertambahnya usia, nukleus mengalami perubahan warna menjadi coklat kekuningan. Perubahan kimia dalam protein lensa dapat menyebabkan terjadinya koagulasi, sehingga mengakibatkan pandangan dengan menghambat jalannya cahaya ke retina. Jumlah enzim akan menurun dengan bertambahnya usia dan tidak ada pada kebanyakan pasien yang menderita katarak (Smeltzer, 2001).

Analisis univariat berupa distribusi klien katarak berdasarkan jenis kelamin dan tingkat pendidikan yang dijelaskan pada Tabel 5.2 didapatkan jenis kelamin klien pada penelitian ini yaitu laki-laki sebanyak 21 orang (65,6%) dan perempuan sebanyak 11 orang (34,4%). Kutipan penelitian Ingga (2010), menjelaskan bahwa hasil yang diperoleh dari penelitiannya tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pengetahuan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan mata khususnya katarak. Penelitian yang dilakukan Seva Canada Society dalam Ingga (2010) menyatakan bahwa wanita khususnya di negara berkembang memiliki pengetahuan yang rendah mengenai pelayanan kesehatan mata karena banyaknya hambatan dalam mengakses sumber informasi.

Tingkat pendidikan didapatkan klien katarak yang tidak sekolah atau lulusan SD atau SMP sebanyak 9 orang (28,1%), sedangkan untuk SMA sebanyak 14 orang (43,8%), dan D3/S1 sebanyak 9 orang (28,1%). Meliono (2007) menyatakan bahwa pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manumur melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sikap positif serta memberikan atau meningkatkan ketrampilan masyarakat atau individu mengenai aspek tertentu. Mantra (dalam Bayora, 2005) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang menerima informasi baik dari orang lain maupun dari media masa. Mengutip dari teori di atas dengan kenyataan yang ada pada klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember yang akan menjalani operasi bahwa sebagian besar pendidikan klien katarak adalah lulusan SMA.

5.2.2 Tingkat Pengetahuan Klien Katarak tentang Perioperatif Katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pengetahuan memiliki 6 tingkatan domain kognitif, antara lain: tahu (*know*), paham (*comprehension*), aplikasi (*aplication*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*). Pada variabel tingkat pengetahuan klien tentang penyakit katarak ini, peneliti hanya memasukkan dua tingkatan pengetahuan dari enam tingkatan domain kognitif, yaitu tahu (*know*) dan paham (*comprehension*).

Tahu (*know*) diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Tahu dapat juga diartikan dengan mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Paham (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang telah paham dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan atas materi atau objek yang diketahui dan dipelajari.

Tingkat pengetahuan klien tentang katarak dibagi menjadi tiga kategori yaitu tingkat pengetahuan baik, cukup, dan kurang. Hasil penelitian menyatakan bahwa distribusi tingkat pengetahuan klien tentang penyakit katarak sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang baik yaitu 24 klien (75%).

Meliono (2007) menyatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang adalah pendidikan, media, keterpaparan informasi, pengalaman, dan lingkungan. Pendidikan adalah sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, maka jelas dapat kita kerucutkan sebuah visi pendidikan yaitu mencerdaskan manusia. Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sikap positif, serta meningkatkan ketrampilan masyarakat atau individu tentang aspek tertentu. Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas. Media ini dibagi menjadi tiga yaitu media cetak yang meliputi *booklet*, leaflet,

rubrik yang terdapat pada surat kabar atau majalah, koran, buku dan poster. Kemudian media elektronik yang meliputi televisi, radio, video, slide, dan film serta media papan (*bill board*). Istilah informasi oleh RUU teknologi informasi mengartikannya sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisa, dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Sedangkan informasi sendiri mencakup data, teks, *image*, suara, kode, program komputer, *database*. Adanya perbedaan definisi informasi dikarenakan pada hakekatnya informasi tidak dapat diuraikan (*intangible*), sedangkan informasi itu dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, yang diperoleh dari data dan observasi terhadap dunia sekitar kita serta diteruskan melalui komunikasi.

WHO menjelaskan mengenai teori determinan perilaku dan kemudian akan menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu salah satunya disebabkan karena adanya pemikiran dan perasaan dalam diri seseorang yang terbentuk dalam pengetahuan, persepsi, kepercayaan, dan penilaian objek tertentu, seseorang dapat memperoleh pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain. Kita belajar berbagai pengetahuan, ketrampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar kita, lingkungan tersebut disebut sebagai sumber-sumber belajar, karena dengan lingkungan tersebut memungkinkan kita berubah, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dari tidak terampil menjadi terampil.

5.2.3 Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Stuart (2009) mengatakan kecemasan adalah keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Wilkinson (2007) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang disertai, respon autonomis individu, juga adanya kekhawatiran yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya atau ancaman. Respon terhadap kecemasan dijelaskan bahwa tanda dan gejala kecemasan pada setiap orang bervariasi, tergantung dari beratnya atau tingkatan yang dirasakan oleh individu tersebut (Hawari, 2009). Faktor penyebab kecemasan menurut Stuart (2009) adalah faktor predisposisi dan faktor presipitasi kecemasan. Faktor predisposisi diuraikan melalui beberapa teori yaitu teori psikoanalitis, teori interpersonal, teori perilaku, kajian keluarga, dan kajian biologis. Sedangkan faktor presipitasi adalah faktor eksternal dan internal.

Tingkat kecemasan terbagi dalam respon adaptif hingga maladaptif yang terwakili dengan tidak ada kecemasan, ringan, sedang, berat, hingga panik (Stuart, 2009). Hasil penelitian didapatkan hasil distribusi tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak pada penelitian ini yaitu tingkat kecemasan sedang sebanyak 7 orang (21,8%), tingkat kecemasan ringan 19 orang (59,4%), tidak ada kecemasan sebanyak 6 orang (18,8%), tidak ditemukan klien pada tingkat kecemasan berat dan panik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar klien memiliki tingkat kecemasan ringan. Stuart (2009) menjelaskan bahwa kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif. Karakteristik kecemasan ringan menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), berupa respon fisiologis yaitu tekanan darah normal, gelisah, susah tidur, sensitif terhadap suara, pikiran kurang konsentrasi, sesekali napas pendek, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar. Respon kognitif yaitu mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan. Perilaku dan emosi yaitu perasaan relatif nyaman, rileks, tenang, melakukan kegiatan sehari-hari tanpa terganggu, motivasi meningkat. Respon afektif yaitu berhubungan dengan peristiwa dan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari.

Stuart (2009) menyatakan bahwa faktor penyebab kecemasan berupa faktor predisposisi dan presipitasi. Faktor predisposisi diuraikan dalam beberapa teori psikoanalitis dan interpersonal. Teori psikoanalitis menjelaskan bahwa kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan itu dan fungsi cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya. Teori interpersonal menjelaskan bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut,

terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Faktor presipitasi dikelompokkan menjadi dua faktor yaitu faktor eksternal yang berupa adanya ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap sistem diri ini langsung, kemudian faktor internal yaitu berupa umur, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, tipe kepribadian dan lingkungan serta situasi.

Kaplan dan Sadock (2005) menjelaskan bahwa kecemasan klien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, pengalaman klien menjalani operasi, konsep diri dan peran, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kondisi medis, akses informasi, proses adaptasi, jenis tindakan medis dan komunikasi terapeutik. Potter dan Perry (2005) menyampaikan bahwa fase pre operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien, melibatkan keluarga, atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan penunjang dan pemeriksaan yang lain untuk keperluan operasi, mengkaji kebutuhan klien dalam rangka perawatan pasca operasi.

Kecemasan yang dirasakan klien disebabkan oleh ketidaktahuan klien tentang proses penyakit dan cara mengobatinya, juga diakibatkan oleh rasa takut kehilangan fungsi penglihatan seumur hidup dengan demikian akan membebani anggota keluarga yang lain. David (2003) menjelaskan kecemasan merupakan suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis yang dirasakan oleh klien pre operatif.

Fase pre operasi dimulai ketika keputusan untuk menjalani intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi (Smeltzer dan Bare, 2002). Persiapan pre operasi sangat penting sekali untuk mengurangi faktor resiko karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan klien. Kecemasan timbul sebagai respon terhadap stres, baik stres fisik dan fisiologis. Artinya, kecemasan terjadi ketika seorang merasa terancam baik fisik maupun psikologis (Asmadi, 2008).

Respon kecemasan merupakan sesuatu yang sering muncul pada klien yang akan menjalani operasi (pre operasi). Karena pre operasi merupakan pengalaman baru bagi klien yang akan menjalani operasi. Kecemasan klien pre operasi disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah dari faktor pengetahuan dan sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan pada klien pre operasi di ruang rawat inap. Tanggung jawab perawat yang berkaitan dengan *informed consent* sebelum tindakan pembedahan adalah memastikan bahwa *informed consent* yang diberikan dokter didapat dengan sukarela dari klien yang sebelumnya diberikan penjelasan secara jelas mengenai pembedahan dan kemungkinan risiko. Sebelum dilakukan pembedahan, perawat harus mengkaji faktor psikologi dan fisik pada klien.

5.2.4 Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Hasil analisis hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar sebanyak 15 klien (46,8%) dengan tingkat pengetahuan baik yang memiliki tingkat kecemasan ringan Hasil uji statistik dengan menggunakan analisis *chi square* dengan besar tingkat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$), diperoleh nilai $p=0,047$ yang berarti *p value* $< 0,05$ yang artinya H_0 gagal ditolak. Penelitian ini dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang atau *overt behaviour*. Asmadi (2009) menjelaskan bahwa kemampuan untuk merespon terhadap suatu ancaman yang berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat kecemasan yang dialami. Respon individu terhadap kecemasan beragam dari tidak ada kecemasan hingga panik. Setiap ada *stressor* penyebab individu mengalami kecemasan, maka secara otomatis muncul upaya untuk

mengatasinya dengan berbagai mekanisme koping. 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. Sumber koping merupakan modal kemampuan yang dimiliki individu guna mengatasi kecemasan. Kecemasan perlu diatasi untuk mencapai keadaan homeostatis dalam diri individu, baik secara fisiologis maupun psikologis. Apabila individu tidak mampu mengatasi kecemasan secara konstruktif, maka ketidakmampuan tersebut dapat menjadi penyebab utama terjadinya perilaku patologis.

Baradero (2008) menyatakan bahwa proses pembedahan memerlukan perawatan perioperatif yang terdiri pre operasi, intra operasi, pasca operasi sehingga memberi kenyamanan klien dan tidak terjadi infeksi nosokomial. Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa keperawatan perioperatif fase pre operasi dimulai ketika keputusan tindakan pembedahan diambil dan berakhir ketika klien dipindahkan ke kamar operasi. Fase pre operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien, melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan pre operasi, mengkaji kebutuhan klien dalam rangka perawatan pasca operasi. Kesalahan yang dilakukan pada fase ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi klien meliputi fungsi fisik, biologis, dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan jalannya suatu operasi (Smeltzer, 2001).

Respon kecemasan merupakan sesuatu yang sering muncul pada klien yang akan menjalani operasi (pre operasi), karena operasi merupakan pengalaman baru bagi klien yang akan menjalani operasi. Kecemasan klien pre- operasi disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah dari faktor pengetahuan dan sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan pada klien pre operasi di ruang rawat inap. Kaplan dan Sadock (2005) menjelaskan bahwa kecemasan klien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, pengalaman klien menjalani operasi, konsep diri dan peran, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kondisi medis, akses informasi, proses adaptasi, jenis tindakan medis dan komunikasi terapeutik.

5.3 Implikasi bagi Keperawatan

Proses pembedahan memerlukan perawatan perioperatif yang terdiri dari pre operasi, intra operasi, pasca operasi sehingga memberikan kenyamanan pada klien dan mencegah terjadinya infeksi nosokomial (Smeltzer, 2001). Respon kecemasan sering muncul pada klien yang akan menjalani operasi (fase pre operasi) dikarenakan fase pre operasi merupakan pengalaman baru bagi klien yang akan menjalani operasi. Kecemasan klien pre operasi disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya adalah dari faktor pengetahuan dan sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan kecemasan pada klien pre operasi di ruang rawat inap atau kamar operasi.

Kaplan dan Sadock (2005) menjelaskan bahwa kecemasan klien pre operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, pengalaman klien menjalani operasi, konsep diri dan peran, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kondisi medis, akses informasi, proses adaptasi, jenis tindakan medis dan komunikasi terapeutik. Fase pre operasi dilakukan pengkajian operasi awal, merencanakan penyuluhan dengan metode yang sesuai dengan kebutuhan klien, melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam wawancara, memastikan kelengkapan pemeriksaan pre-operasi, mengkaji kebutuhan klien dalam rangka perawatan pasca operasi. Pengkajian secara integral dari fungsi klien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Smeltzer, 2001).

Sebelum pembedahan, diberikan obat anestesi untuk menghilangkan nyeri sementara (Baradero *et al*, 2008). Pemberian pre-medikasi diperlukan untuk mengurangi kecemasan, memperlancar induksi dan pengelolaan anestesi. Tindakan perawat pada fase intra operasi meliputi perlindungan terhadap kejadian injuri (cedera) dan monitoring klien terdiri dari *safety management* (pengaturan posisi klien); monitoring fisiologis seperti *balance cairan, cardiopulmonal, vital sign*; psikologis sebelum induksi dan klien sadar. Pada perawatan pasca operasi diperlukan dukungan untuk pasien, menghilangkan rasa sakit, antisipasi dan mengatasi segera komplikasi, memelihara komunikasi yang baik dengan tim tenaga kesehatan, rencana perawatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien (Baradero *et al*, 2008).

5.4 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian pasti memiliki keterbatasan yang ada dalam penelitian ini adalah tentang hasil analisis *crosstabs* 3x3 (sesuai standar proposal), sedangkan data yang diperoleh untuk tabel 3x3 dengan analisis uji *chi square* masih terdapat 7 sel yang nilai ekspektasi kurang dari 1 ($E < 1$). Oleh karena itu uji *chi square* untuk tabel 3x3 tidak memenuhi syarat analisis dan tidak bisa dilakukan sehingga peneliti menggabungkan kolom-kolom kategori sehingga dapat terpenuhi syarat uji analisis dan mempunyai nilai harapan atau ekspektasi lebih dari satu. Uji statistik menggunakan tabel *crosstabs* 2x2 dengan *fisher exact*.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

- 6.1.1 Karakteristik klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember rata-rata berumur 49 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, dan berpendidikan SMA.
- 6.1.2 Klien dengan katarak di RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan baik tentang perioperatif katarak.
- 6.1.3 Klien dengan katarak di RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar memiliki tingkat kecemasan ringan pada pre operasi katarak.
- 6.1.4 Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

6.2 Saran

- a. Bagi institusi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan terbitnya kebijakan kesehatan dan keperawatan khususnya pada klien katarak dapat diaplikasikan mengenai konsep perioperatif katarak di setiap sentra layanan baik di rawat jalan, rawat inap, maupun kamar operasi.

Terdapatnya ruang konsultasi untuk persiapan perioperatif katarak antara petugas kesehatan dan klien. Adanya sentra-sentra layanan pendidikan kesehatan secara berkala mengenai konsep katarak, perioperatif katarak, dan kecemasan.

b. Bagi klien katarak

Hasil penelitian ini diharapkan klien dapat meningkatkan pengetahuan terhadap proses perioperatif katarak sehingga dapat meminimalisir terjadinya kecemasan dan hasil penatalaksanaan katarak berupa tindakan operasi dapat terlaksana dengan baik.

c. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan masyarakat dapat memberikan sarana sebagai sumber-sumber belajar mengenai penyakit katarak dan sarana akses informasi, serta dukungan orang terdekat, keluarga memberikan rasa kenyamanan bagi klien untuk meminimalisir kecemasan klien dalam menjalankan tindakan operasi.

d. Bagi peneliti

Penelitian lanjutan yang disarankan adalah pendekatan agar dapatnya komunikasi secara terapeutik terhadap responden. Penelitian selanjutnya juga aktif memberikan pendidikan kesehatan kepada responden mengenai perioperatif katarak setelah dilakukan proses wawancara kuesioner.

TINJAUAN PUSTAKA

- Abidin, Muhammad, Z. 2010. *Mekanisme koping*. [serial online]. <http://www.masbied.com/2010/07/03/mekanisme-koping>, [23 Mei 2014].
- Arif, M., dkk. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculpius.
- Arikunto, Suharsini. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Asmadi. 2009. *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta
- Balai Pusat Statistik Kabupaten Jember. 2006. *Kabupaten Jember Dalam Angka*. Jember: Balai Pusat Statistik Kabupaten Jember
- Baradero, Mary, *et al.* (2008). *Keperawatan Perioperatif*. Jakarta: EGC
- Besung, K. 2007. *Perbedaan Ilmu dan Pengetahuan*. [serial online]. <http://staff.unud.ac.id>, [23 Mei 2014].
- Brunner & S. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Volume 3*. Jakarta: EGC
- Depkes RI. 2008. *1,5% Penduduk Indonesia Mengalami Kebutaan*. [serial online]. <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=3233&Itemid=2> [23 Mei 2014].
- Departemen Pendidikan Nasional. 2003. *Kamus besar Bahasa Indonesia*. Edisi 3. Jakarta : Balai Pustaka.
- Ensiklopedia bebas berbahasa. 2011. *Pengetahuan*. [serial online]. <http://www.wikipedia.co.id> [23 Mei 2014].
- Fadilah, H. 2007. *Depkes Bentuk Komnas Atasi Masalah Kebutaan di Indonesia*. [serial online]. <http://kbi.gemari.or.id/beritadetail>. [23 Mei 2014].
- Hamid. A. Y. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, Instrumentasi Ed 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Hawari, D. 2007. *Sejahtera di usia senja : Dimensi psikoreligi pada lanjut Usia*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawari, D. 2008. *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ilyas, S. 2003. *Katarak (Lensa Mata Keruh)*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ilyas, S. 2007. *Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ifada, Ingga. 2010. *Factors Related To The Community's Knowledge About Eye Health Service* [serial online]. Universitas Diponegoro. http://eprints.ums.ac.id/26027/18/NASKAH_PUBLIKASI.pdf
- Instalasi Bedah Sentral RSD dr Soebandi Jember. 2014. *Jumlah Klien Yang Operasi Katarak di Instalasi Bedah Sentral RSD dr. Soebandi Jember pada Tahun 2012-2014*. Jember.
- Kalangie. 2008. *Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Klien Berobat* [serial online]. Dimuat di Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Volume 11 No.1 Januari 2008 [23 Mei 2014].
- Machfoedz. 2008. *Antropologi Kesehatan*. [serial online]. <http://harnawatiaj.wordpress.com/2008/05/12/antropologi-kesehatan/> [23 Mei 2014].
- Mirianti, Dimi Pipi. 2011. *Hubungan Pengetahuan dan Tingkat Kecemasan Klien Pre Operasi Katarak di Poli Klinik Mata Rumah Sakit Islam Siti Khodijah Palembang Tahun 2011*. [serial online]. <http://wwwdimiluph.blogspot.com/> [23 Mei 2014].
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Poli Mata RSD dr Soebandi Jember. 2014. *Sepuluh Besar Penyakit Mata Terbanyak Poli Mata RSD dr. Soebandi Jember pada Tahun 2012-2014*. Jember.
- Portney L. G. & Watkins M.P. (2000). *Fundamentals of Clinical Research: Application to Practice*, 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall Health

- Potter, P.G & Perry, A.G 2006, *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, Proses, Dan praktik vol 2*, Edk 4, Editor Ester M, Yulianti D, Parulian I. Jakarta : EGC.
- Riwidikdo. 2007. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendika
- Sastroasmoro dan I.. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-3*. Jakarta : Sagung Setu
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner& Suddarth*. Jakarta: EGC
- Stuart dan Laraia. 2005. *Principles and Prectices of Psychiatric Nursing*. St. Louis : Mosby Year Book.
- Stuart, G., W. 2007, *Buku saku keperawatan jiwa. Edk 5; Alih bahasa Ramona P. Kapoh, Egi Komara Yudha; Editor edisi bahasa Indonesia, Pamilih Eko Karyuni*. Jakarta: EGC
- Stuart, G., W. 2009. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung : Alfabeta.
- Suliswati. 2005. *Konsep dasar keperawatan jiwa*. Jakarta : EGC.
- Tim Penyusun. 2012. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Edisi Ketiga*. Jember : Jember University Press
- Universitas Gajah Mada. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Universitas Jember. 2012. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah Universitas Jember*. Jember : Jember University Press.
- Wahyu, G.. 2007. *Visi 2020, Hak untuk Melihat*. [serial online]. <http://pestagagasan.blogspot.com/2008/12/visi-2020-hak-untuk-melihat-pondahuluan.html> [23 Mei 2014].
- Wibowo, Soetamto, *et al.* (2001). *Pedoman Teknik Operasi OPTEK*. Surabaya: Airlangga University Press

Wilkinson, J., M. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Anonim. 2014. *Katarak*. <http://medicastore.com/penyakit/65/Katarak.html>. [serial online] 23 Mei 2014

Anonim. 2014. *Katarak*. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/124/jtptunimus-gdl-timing2a20-6191-2-babii.pdf> [serial online] 23 Mei 2014



LAMPIRAN A. Lembar *Informed*

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Bapak/Ibu calon responden
di RSD dr. Soebandi Jember

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Agus Wahyuni
NIM : 132310101063
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Griya Kencana Asri C-06/ Jl. Letjen Sutoyo III Kebonsari
Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat merugikan bagi Bapak/Ibu sebagai responden maupun keluarga Bapak/Ibu dan bermanfaat bagi RSD dr. Soebandi Jember untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. Manfaat penelitian bagi Bapak/Ibu adalah meningkatkan pengetahuan tentang penyakit katarak dan dapat mengetahui tingkat kecemasan pada klien yang akan dilaksanakan operasi katarak sehingga mengetahui ada atau tidaknya hubungan pengetahuan dan kecemasan.

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Sri Agus Wahyuni
NIM 132310101063

LAMPIRAN B. Lembar *Consent*

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

Nama : Sri Agus Wahyuni
NIM : 132310101063
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Griya Kencana Asri C-06/ Jl. Letjen Sutoyo III Kebonsari
Jember
Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Perioperatif
Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre
Operasi Katarak di RSD Dr. Soebandi Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Jember, 2015

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

LAMPIRAN C. Kuesioner Penelitian

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

A. KARAKTERISTIK UMUM RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah/SD/SMP SMA
 DIII/ S1

B. PENGETAHUAN

Petunjuk :

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

Pernyataan	Jawaban
1. Klien dilakukan pencukuran bulu mata sebelum operasi katarak	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
2. Klien dan keluarga menerima penjelasan tentang prosedur operasi sebelum operasi katarak dilakukan	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
3. Klien diberikan obat tetes mata terlebih dahulu sebelum operasi katarak dilakukan	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
4. Klien diajarkan latihan napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
5. Klien di minta buang air kecil (BAK) terlebih dahulu sebelum operasi katarak dilakukan	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
6. Tekanan darah yang tinggi tidak dapat mengakibatkan penundaan operasi katarak	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
7. Klien diwajibkan puasa 8 jam sebelum operasi katarak dilakukan	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
8. Operasi katarak tidak mengakibatkan rasa nyeri	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
9. Operasi katarak dilakukan jika tajam penglihatan menurun	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
10. Operasi katarak artinya lensa di mata di ganti dengan lensa buatan	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
11. Tim operasi katarak terdiri dari dokter spesialis mata dan perawat	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
12. Operasi katarak dilakukan dengan pemberian obat bius lokal ketika operasi katarak berlangsung	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah

13. Klien tidak boleh berbaring ke arah sisi mata yang telah di operasi katarak	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
14. Klien diperbolehkan menggosok-gosok mata setelah operasi katarak	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah
15. Klien diperbolehkan membuka perban mata sendiri setelah operasi katarak	<input type="checkbox"/> Benar <input type="checkbox"/> Salah

C. KECEMASAN

Petunjuk :

- Daftar pernyataan di bawah ini mengukur tingkat kecemasan
- Silahkan dibaca masing-masing pernyataan dengan cermat berilah tanda *checklist* (√) pada jawaban yang paling benar
- Cara penilaian kecemasan adalah memberikan nilai dengan kategori :
 - 0 : Tidak ada gejala sama sekali
 - 1 : Satu dari gejala yang ada
 - 2 : Sedang atau separuh dari gejala yang ada
 - 3 : Berat atau lebih dari ½ gejala yang ada
 - 4 : Sangat berat semua gejala ada

No	Pernyataan	0	1	2	3	4
1.	Perasaan Ansietas a. Firasat Buruk b. Takut Akan Pikiran Sendiri c. Mudah Tersinggung					
2.	Ketegangan a. Merasa Tegang b. Lesu c. Tak Bisa Istirahat Tenang d. Mudah Terkejut e. Mudah Menangis f. Gemetar g. Gelisah					
3.	Ketakutan a. Pada Gelap b. Pada Orang Asing c. Ditinggal Sendiri d. Pada Binatang Besar e. Pada Keramaian Lalu Lintas f. Pada Kerumunan Orang Banyak					
4.	Gangguan Tidur a. Sukar Masuk Tidur b. Terbangun Malam Hari c. Tidak Nyenyak					

	<ul style="list-style-type: none"> d. Bangun dengan Lesu e. Banyak Mimpi-Mimpi f. Mimpi Buruk g. Mimpi Menakutkan 					
5.	Gangguan Kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> a. Sukar Konsentrasi b. Daya Ingat Buruk 					
6.	Perasaan Depresi <ul style="list-style-type: none"> a. Hilangnya Minat b. Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi c. Sedih d. Bangun Dini Hari e. Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari 					
7.	Gejala Somatik (Otot) <ul style="list-style-type: none"> a. Sakit dan Nyeri di Otot-Otot b. Kaku c. Kedutan Otot d. Gigi Gemeretak e. Suara Tidak Stabil 					
8.	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none"> a. Tinitus b. Penglihatan Kabur c. Muka Merah atau Pucat d. Merasa Lemah e. Perasaan ditusuk-Tusuk 					
9.	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> a. Nadi cepat b. Berdebar c. Perasaan Lesu/ Lemas Seperti Mau Pingsan d. Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) 					
10.	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> a. Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada b. Perasaan Tercekik c. Sesak 					
11.	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembung g. Mual h. Muntah i. Buang Air Besar Lembek j. Kehilangan Berat Badan k. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) 					

12.	Gejala Urogenital a. Sering Buang Air Kecil b. Tidak Dapat Menahan Air Seni c. Menorrhagia d. Impotensi					
13.	Gejala Otonom a. Mulut Kering b. Muka Merah c. Mudah Berkeringat d. Pusing dan sakit kepala					
14.	Tingkah Laku Pada Wawancara a. Gelisah b. Tidak Tenang c. Jari Gemetar d. Kerut Kening e. Muka Tegang f. Tonus Otot Meningkat g. Napas Pendek dan Cepat					

Skor total :

LAMPIRAN D. Uji validitas kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak

Data validitas → r tabel dengan n=30 adalah 0,361

Correlations

	item_1	item_2	item_3	item_4	item_5	item_6	item_7	item_8	item_9	item_10	item_11	item_12	item_13	item_14	item_15	item_16	item_17	item_18	item_19	item_20	Skor
item_1 Pearson Correlation	1	.512**	-.042	.049	.447*	-.042	.447*	.535**	.224	.264	.530**	-.196	-.079	.000	-.224	-.042	.049	.049	-.079	.102	.544**
Sig. (2-tailed)		.004	.827	.797	.013	.827	.013	.002	.235	.159	.003	.299	.679	1.000	.235	.827	.797	.797	.679	.591	.002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_2 Pearson Correlation	.512**	1	-.276	.015	.176	.118	.176	-.147	.176	.380*	.111	-.216	.068	.388*	-.247	-.079	.015	.015	.068	.032	.378*
Sig. (2-tailed)	.004		.140	.935	.352	.534	.352	.437	.352	.038	.558	.251	.720	.034	.189	.679	.935	.935	.720	.866	.040
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_3 Pearson Correlation	-.042	-.276	1	.049	.000	-.250	-.224	.200	.000	-.302	.177	.539**	.118	-.224	-.224	-.042	.049	.049	.118	.102	.385
Sig. (2-tailed)	.827	.140		.797	1.000	.183	.235	.288	1.000	.105	.350	.002	.534	.235	.235	.827	.797	.797	.534	.591	.656
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_4 Pearson Correlation	.049	.015	.049	1	.351	-.196	.088	.288	-.175	-.015	.139	.135	.247	.088	-.175	-.196	-.154	-.154	.015	.080	.233
Sig. (2-tailed)	.797	.935	.797		.057	.299	.645	.122	.354	.938	.465	.478	.188	.645	.354	.299	.417	.417	.935	.674	.215
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_5 Pearson Correlation	.447*	.176	.000	.351	1	.000	.040	.239	.040	.135	.253	.088	-.035	.040	.040	.000	-.175	.088	-.035	.000	.398*
Sig. (2-tailed)	.013	.352	1.000	.057		1.000	.834	.203	.834	.477	.177	.645	.853	.834	.834	1.000	.354	.645	.853	1.000	.029
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_6 Pearson Correlation	-.042	.118	-.250	-.196	.000	1	.224	-.134	.000	.264	.000	.049	-.276	.224	.224	.167	.294	-.196	.118	-.238	.378
Sig. (2-tailed)	.827	.534	.183	.299	1.000		.235	.481	1.000	.159	1.000	.797	.140	.235	.235	.379	.115	.299	.534	.205	.312
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_7 Pearson Correlation	.447*	.176	-.224	.088	.040	.224	1	.239	.040	.337	.443*	.088	-.035	.040	.040	.000	.088	-.175	.388*	.183	.550**
Sig. (2-tailed)	.013	.352	.235	.645	.834	.235		.203	.834	.069	.014	.645	.853	.834	.834	1.000	.645	.354	.034	.334	.002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_8 Pearson Correlation	.535**	-.147	.200	.288	.239	-.134	.239	1	-.120	-.161	.378*	-.105	-.147	-.120	-.120	-.134	.288	-.105	-.147	.195	.366
Sig. (2-tailed)	.002	.437	.288	.122	.203	.481	.203		.529	.395	.039	.581	.437	.529	.529	.481	.122	.581	.437	.775	.253
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_9 Pearson Correlation	.224	.176	.000	-.175	.040	.000	.040	-.120	1	.135	.253	.088	.176	.040	.040	.000	-.175	.108	-.035	.000	.399
Sig. (2-tailed)	.235	.352	1.000	.354	.834	1.000	.834	.529		.477	.177	.645	.352	.834	.834	1.000	.354	.645	.853	1.000	.127
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_10 Pearson Correlation	.264	.380*	-.302	-.015	.135	.264	.337	-.161	.135	1	.053	-.015	.202	.337	.135	.264	-.015	-.015	.202	-.031	.614**	
Sig. (2-tailed)	.159	.038	.105	.938	.477	.159	.069	.395	.477		.780	.938	.284	.069	.477	.159	.938	.938	.284	.872	.000	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_11 Pearson Correlation	.530**	.111	.177	.139	.253	.000	.443*	.378*	.253	.053	1	.139	-.056	.063	-.126	-.354	-.069	-.069	.111	.433*	.540**	
Sig. (2-tailed)	.003	.558	.350	.465	.177	1.000	.014	.039	.177	.780		.465	.770	.740	.505	.055	.716	.716	.558	.017	.002	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_12 Pearson Correlation	-.196	-.216	.539**	.135	.088	.049	.088	-.105	.088	-.015	.139	1	.015	.088	-.175	.049	-.154	-.154	.479**	.080	.375	
Sig. (2-tailed)	.299	.251	.002	.478	.645	.797	.645	.581	.645	.938	.465		.935	.645	.354	.797	.417	.417	.007	.674	.142	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_13 Pearson Correlation	-.079	.068	.118	.247	-.035	-.276	-.035	-.147	.176	.202	-.056	.015	1	-.035	-.035	-.079	-.216	.015	.068	.193	.374	
Sig. (2-tailed)	.679	.720	.534	.188	.853	.140	.853	.437	.352	.284	.770	.935		.853	.853	.679	.251	.935	.720	.307	.194	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_14 Pearson Correlation	.000	.388*	-.224	.088	.040	.224	.040	-.120	.040	.337	.063	.088	-.035	1	.040	.000	.088	.088	-.035	.183	.366	
Sig. (2-tailed)	1.000	.034	.235	.645	.834	.235	.834	.529	.834	.069	.740	.645	.853		.834	1.000	.645	.645	.853	.334	.050	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_15 Pearson Correlation	-.224	-.247	-.224	-.175	.040	.224	.040	-.120	.040	.135	-.126	-.175	-.035	.040	1	.447*	.088	-.175	-.035	.000	.233	
Sig. (2-tailed)	.235	.189	.235	.354	.834	.235	.834	.529	.834	.477	.505	.354	.853	.834		.013	.645	.354	.853	1.000	.484	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_16 Pearson Correlation	-.042	-.079	-.042	-.196	.000	.167	.000	-.134	.000	.264	-.354	.049	-.079	.000	.447*	1	.049	.049	-.079	-.408*	.210	
Sig. (2-tailed)	.827	.679	.827	.299	1.000	.379	1.000	.481	1.000	.159	.055	.797	.679	1.000	.013		.797	.797	.679	.025	.527	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_17 Pearson Correlation	.049	.015	.049	-.154	-.175	.294	.088	.288	-.175	-.015	-.069	-.154	-.216	.088	.088	.049	1	-.154	.247	-.120	.208	
Sig. (2-tailed)	.797	.935	.797	.417	.354	.115	.645	.122	.354	.938	.716	.417	.251	.645	.645	.797		.417	.188	.527	.569	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_18 Pearson Correlation	.049	.015	.049	-.154	.088	-.196	-.175	-.105	.088	-.015	-.069	-.154	.015	.088	-.175	.049	-.154	1	-.216	.080	.225	
Sig. (2-tailed)	.797	.935	.797	.417	.645	.299	.354	.581	.645	.938	.716	.417	.935	.645	.354	.797	.417		.251	.674	.896	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

item_19	Pearson Correlation	-.079	.068	.118	.015	-.035	.118	.388*	-.147	-.035	.202	.111	.479**	.068	-.035	-.035	-.079	.247	-.216	1	.032	.374
	Sig. (2-tailed)	.679	.720	.534	.935	.853	.534	.034	.437	.853	.284	.558	.007	.720	.853	.853	.679	.188	.251		.866	.062
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item_20	Pearson Correlation	.102	.032	.102	.080	.000	-.238	.183	.055	.000	-.031	.433*	.080	.193	.183	.000	-.408*	-.120	.080	.032	1	.366
	Sig. (2-tailed)	.591	.866	.591	.674	1.000	.205	.334	.775	1.000	.872	.017	.674	.307	.334	1.000	.025	.527	.674	.866		.094
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
skor	Pearson Correlation	.544**	.378*	.085	.233	.398*	.191	.550**	.215	.285	.614**	.540**	.275	.244	.360	.133	.120	.108	.025	.344	.312	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.040	.656	.215	.029	.312	.002	.253	.127	.000	.002	.142	.194	.050	.484	.527	.569	.896	.062	.094	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

LAMPIRAN E. Uji reliabilitas kuesioner tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.735	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item_1	15.27	5.099	.736
item_2	15.33	5.402	.679
item_3	15.30	5.941	.628
item_4	15.33	5.402	.779
item_5	15.27	5.375	.668
item_6	15.30	5.734	.609
item_7	15.27	5.168	.644
item_8	15.17	5.799	.606
item_9	15.27	5.582	.690
item_10	15.37	4.999	.736
item_11	15.43	4.944	.635
item_12	15.23	5.633	.610
item_13	15.33	5.747	.613
item_14	15.27	5.444	.675
item_15	15.33	5.402	.779

LAMPIRAN F. Karakteristik klien katarak di RSD dr. Soebandi Jember

a. Analisis univariat

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-40 tahun	9	28.1	28.1	28.1
	> 40 tahun	23	71.9	71.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Statistics

		umur_asli	Umur_ordinal
N	Valid	32	32
	Missing	0	0
Mean		49.00	3.72
Std. Error of Mean		1.516	.081
Median		49.00	4.00
Mode		40	4
Std. Deviation		8.576	.457
Minimum		35	3
Maximum		65	4
Sum		1568	119
Percentiles	25	40.00	3.00
	50	49.00	4.00
	75	55.75	4.00

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sekolah/sd/smp	9	28.1	28.1	28.1
	sma	14	43.8	43.8	43.8
	d3/s1	9	28.1	28.1	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

Jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	21	65.6	65.6	65.6
	perempuan	11	34.4	34.4	100.0
	Total	32	100.0	100.0	



LAMPIRAN G. Tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Frequencies

Statistics

skor_pengetahuan

N	Valid	32
	Missing	0

skor_pengetahuan

	Observed N	Expected N	Residual
Baik	24	10.7	13.3
Cukup	6	10.7	-4.7
Kurang	2	10.7	-8.7
Total	32		

LAMPIRAN H. Tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember

Frequencies

Statistics

skor_cemas

N	Valid	32
	Missing	0

skor_cemas

	Observed N	Expected N	Residual
tidak ada kecemasan	6	10.7	-4.7
kecemasan ringan	19	10.7	8.3
kecemasan sedang	7	10.7	-3.7
Total	32		

LAMPIRAN I. Uji *chi square* pada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * kecemasan	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

pengetahuan * kecemasan Crosstabulation

			kecemasan			Total
			tidak ada kecemasan	kecemasan ringan	kecemasan sedang	
pengetahuan baik	Count	6	15	3	24	
	% within pengetahuan	18.7%	47.1%	9.4%	100.0%	
	% within kecemasan	100.0%	78.9%	42.8%	75.0%	
cukup	Count	0	4	2	6	
	% within pengetahuan	.0%	12.4%	6.25%	100.0%	
	% within kecemasan	.0%	21.1%	28.6%	18.8%	
kurang	Count	0	0	2	2	
	% within pengetahuan	.0%	.0%	6.25%	100.0%	
	% within kecemasan	.0%	.0%	28.6%	6.2%	
Total	Count	6	19	7	32	
	% within pengetahuan	18.7%	59.5%	21.8%	100.0%	
	% within kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.185 ^a	4	.037
Likelihood Ratio	10.324	4	.035
Linear-by-Linear Association	7.110	1	.008
McNemar-Bowker Test	.	.	. ^b
N of Valid Cases	32		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

b. Both variables must have identical values of categories.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for pengetahuan cukup / kurang)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

LAMPIRAN I. Uji *chi square* pada hubungan antara tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember Setelah Penggabungan Kategori Penggabungan Kategori dengan tabel 3x2

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan * cemas	32	100.0%	0	.0%	32	100.0%

pengetahuan * cemas Crosstabulation

			cemas			Total
			tidak ada kecemasan	kecemasan ringan	kecemasan sedang	
pengetahuan baik	Count		6	15	3	24
	% within pengetahuan		18.5%	47.1%	9.4%	100.0%
	% within cemas		100.0%	78.9%	42.8%	75.0%
kurang	Count		0	4	4	8
	% within pengetahuan		.0%	12.4%	12.4%	100.0%
	% within cemas		.0%	21.1%	57.2%	25.0%
Total	Count		6	19	7	32
	% within pengetahuan		18.6%	59.5%	21.8%	100.0%
	% within cemas		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.939 ^a	2	.042
Likelihood Ratio	4.448	2	.108
Linear-by-Linear Association	3.013	1	.083
N of Valid Cases	32		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,50.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for pengetahuan (baik / kurang)	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Penggabungan Kategori dengan tabel 2x2

pengetahuan * kecemasan Crosstabulation

			Kecemasan		Total
			kecemasan ringan	kecemasan sedang	
pengetahuan	baik	Count	21	3	24
		% within pengetahuan	87.5%	12.5%	100.0%
		% within kecemasan	84.0%	42.9%	75.0%
		% of Total	65.6%	9.4%	75.0%
	kurang	Count	4	4	8
		% within pengetahuan	50.0%	50.0%	100.0%
		% within kecemasan	16.0%	57.1%	25.0%
		% of Total	12.5%	12.5%	25.0%
Total	Count	25	7	32	
	% within pengetahuan	78.1%	21.9%	100.0%	
	% within kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	78.1%	21.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.937 ^a	1	.026		
Continuity Correction ^b	2.987	1	.044		
Likelihood Ratio	4.445	1	.035		
Fisher's Exact Test				.047	.047
Linear-by-Linear Association	4.783	1	.029		
N of Valid Cases	32				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,75.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (baik)	6.000	1.112	44.058
For cohort kecemasan = kecemasan ringan	1.750	.861	3.557
For cohort kecemasan = kecemasan sedang	.250	.071	.886
N of Valid Cases	32		

LAMPIRAN J. Lembar dokumentasi



J
E
M
B
E
R

LAMPIRAN K. Surat Ijin dan surat keterangan terkait penelitian



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

Nomor : 602 /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 09 Maret 2015
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Direktur RSD dr. Soebandi
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

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

nama : Sri Agus Wahyuni
N I M : 132310101063
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan pada Klien yang Akan Dilakukan Operasi Katarak di Instalasi Bedah Sentral RSD dr. Soebandi Jember
lokasi : RSD dr. Soebandi Jember
waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan studi pendahuluan sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
Jl. dr. Soebandi no. 124 Telp. (0331)487441 / Fax. (0331)487564 Jember

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. H. Samsul Huda, Sp. B.
Jabatan : Kepala Instalasi Bedah Sentral (IBS)
RSD dr. Soebandi Jember
Alamat : Jl. dr. Soebandi no. 124 Jember
Dengan ini menerangkan bahwa :
Nama : Sri Agus Wahyuni
Instansi : Universitas Jember
Program Studi : Ilmu Keperawatan
NIM : 132310101063
Judul : "Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Klien Yang Akan Dilakukan Operasi Katarak Di Instalasi Bedah Sentral RSD dr. Soebandi Jember"

Yang bersangkutan telah melaksanakan studi pendahuluan dari tanggal Desember 2014 – Januari 2015.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 2 Februari 2015

Ka. IBS RSD dr. Soebandi Jember

(dr. H. Samsul Huda, Sp. B.)



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

Nomor : 1086 /UN25.1.14/SP/2015 Jember, 20 April 2015
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Ijin Melaksanakan
Uji Validitas dan Reliabilitas**

**Yth. Direktur Rumah Sakit Jember Klinik
Kabupaten Jember**

Dengan hormat,

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

nama : Sri Agus Wahyuni

N I M : 132310101063

keperluan : permohonan ijin melaksanakan uji validitas dan Reliabilitas

judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember

lokasi : Rumah Sakit Jember Klinik Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon bantuan Saudara untuk memberi ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas sesuai dengan judul di atas.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ms. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PT NUSANTARA MEDIKA UTAMA
Jalan Hayam Wuruk no. 88 Mojokerto 61321
Telepon (0321) 328557, 390988, 326979 Fax (0321) 395117

URUSAN SDM & HI

Kepada : Kepala Rumah Sakit
RS. Perkebunan
di -
tempat

IB-22793/NMU

No. 15.030

Mojokerto, 12 Mei 2015

PERMOHONAN IJIN UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Menjawab Surat Saudara No. IB-22300/RSP/15.038 tanggal 21 April 2015 Perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Uji Validitas Dan Reliabilitas Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember sebagai berikut :

Nama : Sri Agus Wahyuni

NIM : 132310101063

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RS Perkebunan.

pada prinsipnya disetujui dengan catatan :

1. Sepanjang ada manfaat untuk RS Perkebunan dan tidak ada konsekuensi biaya
2. Mahasiswa yang bersangkutan mampu menjaga kerahasiaan perusahaan dan tidak diperkenankan mempublikasikan hal - hal yang bersifat rahasia tanpa ijin tertulis dari Kepala RS Perkebunan.

Demikian, untuk mendapat perhatian dalam pelaksanaannya.

PT NUSANTARA MEDIKA UTAMA
DIREKSI


Ary Sylvijati, dr. M. Kes
Direktur Operasional, Fasilitas & Pengembangan

PT NUSANTARA MEDIKA UTAMA



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

Nomor : 1179/UN25.1.14/LT/2015

Jember, 24 April 2015

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

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

nama : Sri Agus Wahyuni

N I M : 132310101063

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember

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,
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP.19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

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

Nomor : 550 /UN25.3.1/LT/2015

24 April 2015

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Penelitian

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

JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor :
1179/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 24 April 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Sri Agus Wahyuni/132310101063
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat / HP : Blok C-06 Jember/HP. 085258926660
Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak
dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak di
RSD dr. Soebandi Jember
Lokasi Penelitian : RSD dr. Soebandi Jember
Lama Penelitian : Satu bulan (24 April 2015 – 24 Mei 2015)

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

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

an Ketua
Sekretaris

Dr. Zamuri, M.Si
NIP 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



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



Jember, 04 Mei 2015

Nomor : 423.4/ 606 /610/2015
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Ka. Prodi. PSIK Unej.
Jln. Kalimantan No.37
Di-
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
550/UN25.3.1/LT/2015 tanggal 24 April 2015 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 : Sri Agus Wahyuni
N I M : 132310101063
Fakultas : PSIK UNEJ
Judul Penelitian : Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif
katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre
operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan
Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.



dr.H.Moch.Dwikoryanto,Sp.BS
NIP.19640608 199010 1 002

Tembusan Yth:

1. Wadir. Pelayanan
2. Ka.Inst.Rawat Inap
3. Ka.Kep.Inst.Rawat Inap
4. Ka.Ruangan
5. Arsip.



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



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor :423.4/2387/610/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr.Moch.Dwikoryanto,Sp.BS**
Jabatan : **Plt.Direktur RSD dr. Soebandi Jember**
Alamat : **Jln. Dr. Soebandi No. 124 Jember**

Menerangkan bahwa :

Nama : **Sri Agus Wahyuni**
NIM : **132310101063**
Fakultas : **Ilmu Keperawatan (PSIK) UNEJ**
Judul Penelitian : **Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.**

Menyatakan bahwa, mahasiswa tersebut telah melaksanakan penelitian di RSD dr. Soebandi Jember .

Demikian untuk diketahui, dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Jember, 15 Juni 2015

Plt. Direktur

dr.Moch.Dwikoryanto,Sp.Bs.
NIP. 19640608 199010 1 002

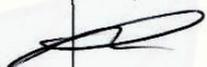
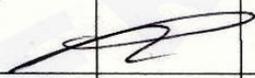
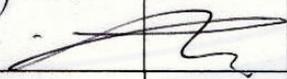
LAMPIRAN L. Lembar Bimbingan Skripsi





LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Sri Agus Wahyuni
 NIM : 132310101063
 JUDUL : Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember

No	Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan	Ket
1	9 Juni 2015	Konsul hasil Penelitian	Revisi		
2	11 Juni 2015	Konsul hasil & Pembahasan	Revisi		
3	15 Juni 2015	Konsul hasil dan Pembahasan	Revisi		
4	16 Juni 2015	Konsul hasil dan Pembahasan	Revisi		
5	17 Juni 2015	Konsul kesimpulan dan cara	Revisi		
6	18 Juni 2015	Konsul akhir	Selesai Hasil		
7					

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Sri Agus Wahyuni
 NIM : 132310101063
 JUDUL : Hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember

No	Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	Tanda tangan	Ket
1	15 juni 2015	Konsul hasil penelitian	Revisi		
2	16 juni 2015	Konsul hasil dan Pembahasan	Revisi		
3	17 juni 2015	Konsul Kesimpulan dan saran	Revisi		
4	18 juni 2015	Konsul akhir	Acc Siang hari.		
5					
6					
7					