



**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN  
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN  
PRE OPERASI KATARAK DI RSD  
dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Akhmad Miftahul Huda  
NIM 122310101061**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**



**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN  
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN  
PRE OPERASI KATARAK DI RSD  
dr. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir sebagai salah satu syarat  
untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

**Akhmad Miftahul Huda  
NIM 122310101061**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2016**

**SKRIPSI**

**PENGARUH PEMBERIAN TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN  
TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN  
PRE OPERASI KATARAK DI RSD  
dr. SOEBANDI JEMBER**

Oleh

Akhmad Miftahul Huda  
NIM 122310101061

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep. Sp.KMB

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahku Hasan Basri, Ibuku Siti Asiyah, Adikku Aminatul Fitriyah yang senantiasa memberikan semangat, nasehat, dan motivasiku dalam hidup;
2. keluarga besarku yang selalu memberikan kasih sayang dan semangat untuk pantang menyerah;
3. almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang saya banggakan, SMAN 1 Glenmore Banyuwangi, SMPN 1 Kalibaru, SDN 2 Tegalharjo dan seluruh bapak dan ibu guruku yang telah memberikan ilmu dan mendidikku selama ini;
4. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep. M. Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
5. Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep, dan Ns. Jon Hafan M.Kep. Sp.KMB sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
6. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep. Sp.Kep. J. selaku Dosen Pembimbing Utama, dan Ns. Mulia Hakam M.Kep. Sp. KMB selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
7. Ns. Siswoyo, M. Kep. dan Ns. Ahmad Rifai, MS. sebagai Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;

**MOTO**

“Dan Kami turunkan dari Al-Qur’an suatu yang menjadi penyembuh dan rahmat bagi orang-orang beriman dan Al-Qur’an itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang dzalim selain kerugian.” (terjemahan QS. Al-Isra’: 82)<sup>\*)</sup>



---

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

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Akhmad Miftahul Huda

NIM : 122310101061

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur’an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien 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 ini 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 2016

Yang menyatakan,

Akhmad Miftahul Huda

NIM 122310101061

PENGESAHAN

Skripsi berjudul "Pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember" telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, pada:

hari, tanggal : Kamis, 23 Juni 2016

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan

Tim Penguji,

Dosen Pembimbing Utama



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

Penguji I



Ns. Siswoyo, M.Kep  
NIP. 19800402 200604 1002

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Mulia Hakam, M. Kep., Sp. KMB  
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji II



Ns. Ahmad Rifai, S.Kep. M.S  
NIP. 19850207 201504 1001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



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



**Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember (*The Influence of the Murottal Al-Qur'an Therapy Against Anxiety Level of Pre Operative Patients With Cataract in RSD dr. Soebandi Jember*)**

Akhmad Miftahul Huda

*School of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*Cataract is a sight obstruction which causes many cases of blindness in Indonesia. One of the treatment managements of cataract is performed through surgery. Surgery process may cause anxiety to a patient. The research aimed to analyzing the influence of the murottal Al-Qur'an therapy against anxiety level of pre operative patients with cataract in RSD dr. Soebandi Jember. Independen variable was the murottal Al-Qur'an therapy and dependent variable was anxiety level of patient pre operative cataract. This research method was quasi experimental with non randomized control group pretest and posttest design. The sampling technique used quota sampling divided into two groups, treatment group and control group with 10 respondents for each. Data were analyzed by using Wilcoxon test and Mann Whitney test with 95% of CI. The research results showed that p value of Wilcoxon test in treatment group was 0.005 and 0.317 in control group, while p value of Mann Whitney test was 0.000 ( $p < \alpha$ ;  $\alpha = 0.05$ ). The conclusion of this research is there was an influence of the murottal Al-Qur'an therapy against anxiety level of pre operative patients with cataract in RSD dr. Soebandi Jember. The murottal Al-Qur'an therapy reduce anxiety because it can balance the parasympathetic and sympathetic nervous. It is suggested that nurses can provide the murottal Al-Qur'an therapy to reduce anxiety level of pre operative patients with cataract.*

**Keywords** : *murottal Al-Qur'an, therapy, anxiety level, cataract, perioperative care*



## RINGKASAN

**Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember :**  
Akhdad Miftahul Huda, 122310101061 : 2016 : xix+142 Halaman : Program Studi Ilmu Keperawatan.

Salah satu kesehatan yang sangat penting untuk dijaga adalah kesehatan mata sebagai indera penglihatan, karena jalur utama penyerapan informasi dalam proses belajar terjadi melalui indera penglihatan. Saat ini masih banyak penduduk dunia yang mengalami gangguan penglihatan. Penyakit katarak merupakan gangguan penglihatan terbanyak yang dapat menyebabkan kebutaan di Indonesia. Terjadinya kebutaan akibat katarak dapat dicegah dengan tindakan operasi. Keberhasilan pengembalian penglihatan melalui tindakan operasi dapat mencapai 95%. Tindakan operasi juga merupakan pengalaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan yang dialami pasien harus diatasi karena dapat meningkatkan tekanan darah dan glikogenolisis yang akan mempengaruhi jalannya operasi pasien katarak.

Penelitian ini memiliki 2 variabel, yaitu variabel independen (terapi murottal Al-Qur'an) dan variabel dependen (tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak). Tujuan penelitian ini mengidentifikasi karakteristik pasien pre operasi katarak (usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan, dan penghasilan), mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak yang menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol pada *pretest* dan *posttest*, serta menganalisa pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experimental* dengan metode *non randomized pretest-posttest with control group*.

Teknik pengambilan sampel penelitian adalah *non probability sampling* menggunakan metode *quota sampling* dengan 20 sampel. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan uji *pearson product moment* dan *cronbach alpha*.

Instrumen penelitian adalah *Standard Operating Procedure* (SOP) murottal Al-Qur'an dan lembar kuesioner tingkat kecemasan.

Hasil uji statistik *Mann Whitney* dengan tingkat kemaknaan 95% ( $\alpha=0,05$ ), didapatkan *p value* = 0,000 yang berarti nilai *p value* < 0,05 disebut juga  $H_a$  diterima yang diinterpretasikan uji statistik adalah terdapat pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember. Terapi murottal Al-Qur'an mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan sistem saraf simpatis, sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem saraf autonom tersebut. Terjadi keseimbangan antara sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis menimbulkan efek relaksasi. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar menurunnya tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak.

Saran yang dapat diberikan adalah perawat dapat memberikan terapi murottal Al-Qur'an untuk mengatasi kecemasan pasien pre operasi. Selain itu bagi masyarakat dapat menggunakan terapi murottal Al-Qur'an sebagai terapi mandiri untuk menurunkan kecemasan yang dialami.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur’an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember”. Peneliti menyampaikan 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 Universitas Jember;
2. Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep, dan Ns. Jon Hafan M.Kep. Sp. KMB sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
3. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep. J.selaku Dosen Pembimbing Utama, dan Ns. Mulia Hakam M.Kep. Sp. KMB selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Siswoyo, M. Kep. dan Ns. Ahmad Rifai, MS. sebagai Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Direktur RSD dr. Soebandi Jember beserta seluruh jajaran, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Jember, dan Lembaga Penelitian Univesitas Jember yang telah membantu dalam hal perijinan penelitian skripsi ini;
6. ayah dan ibu yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikan skripsi ini;

7. teman-teman PSIK angkatan 2012 yang telah memberikan bantuan dan semangat selama penyusunan skripsi ini; dan
8. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

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

Jember, Juni 2016

Peneliti

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>HALAMAN ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>HALAMAN RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>11</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	11
1.3.2 Tujuan Khusus.....	11
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>12</b>
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti .....	12
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan .....	12
1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat.....	12
1.4.4 Manfaat Bagi Pelayanan Keperawatan.....	13
1.4.5 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan RSD dr. Soebandi .....	13
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>13</b>

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Konsep Penyakit Katarak.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Pengertian.....	15
2.1.2 Faktor Resiko.....	15
2.1.3 Gejala Klinis.....	19
2.1.4 Klasifikasi.....	23
2.1.5 Patofisiologi.....	23
2.1.6 Penatalaksanaan.....	25
2.1.7 Komplikasi.....	26
2.1.8 Pencegahan.....	27
<b>2.2 Konsep Dasar Operasi.....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Pengertian.....	28
2.2.2 Klasifikasi.....	28
2.2.3 Keperawatan Perioperasi.....	30
2.2.4 Keperawatan Pre Operasi katarak.....	36
<b>2.3 Konsep Kecemasan.....</b>	<b>37</b>
2.3.1 Pengertian Kecemasan.....	37
2.3.2 Penyebab Kecemasan.....	38
2.3.3 Respon Terhadap Kecemasan.....	45
2.3.4 Rentang Respon Kecemasan.....	46
2.3.5Tingkat Kecemasan.....	47
2.3.6 Penilaian Kecemasan.....	48
<b>2.4 Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak.....</b>	<b>50</b>
2.4.1 Intervensi Keperawatan Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak.....	52
<b>2.5 Murottal Al-Qur'an.....</b>	<b>55</b>
2.5.1 Pengertian Murottal Al-Qur'an.....	55
2.5.2 Efek Murottal Al-Qur'an Terhadap Tubuh.....	55
2.5.3 Alur Pelaksanaan Terapi Murottal Al-Qur'an.....	60
<b>2.6 Hubungan Murottal Al-Qur'an Terhadap Kecemasan.....</b>	<b>61</b>
<b>2.7 Kerangka Teori.....</b>	<b>62</b>



<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>64</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>65</b>
<b>4.1 Rancangan Penelitian .....</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>66</b>
4.2.1 Populasi Penelitian .....	66
4.2.2 Sampel Penelitian .....	66
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian .....	66
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian .....	67
<b>4.3 Tempat Penelitian .....</b>	<b>68</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>69</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>70</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>71</b>
4.6.1 Sumber Data .....	71
4.6.3 Teknik Pengumpulan Data .....	71
4.6.3 Alat Pengumpul Data .....	73
4.6.4 Uji <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP) .....	74
4.6.5 Uji Validitas dan Realibilitas .....	74
<b>4.7 Pengolahan dan Analisa Data .....</b>	<b>75</b>
4.7.1 Pengolahan Data .....	75
4.7.2 Analisa Data .....	77
<b>4.8 Etika Penelitian .....</b>	<b>80</b>
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>84</b>
5.1.1 Karakteristik Responden Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember .....	84
5.1.2 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak .....	86

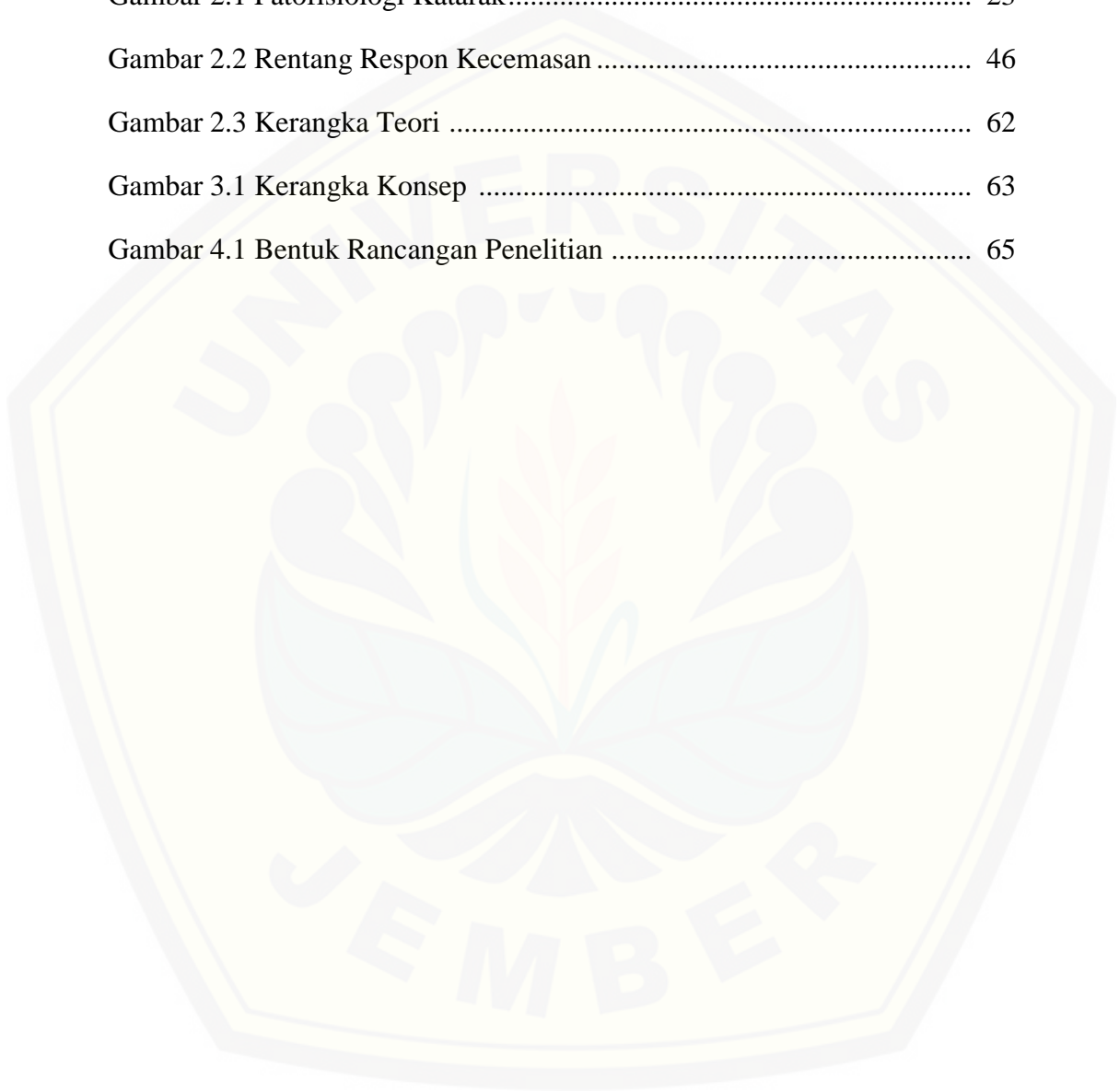
<b>5.2 Pembahasan</b> .....	<b>91</b>
5.2.1 Karakteristik Responden Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember .....	91
5.2.2 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Sebelum dan Setelah Terapi Murottal Al-Qur'an pada Kelompok Eksperimen .....	96
5.2.3 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Sebelum dan Setelah pada Kelompok Kontrol .....	101
5.2.4 Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol .....	106
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	<b>112</b>
<b>BAB 6. PENUTUP</b> .....	<b>113</b>
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	<b>113</b>
<b>6.2 Saran</b> .....	<b>114</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>116</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>124</b>

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	13
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	69
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di RSD dr. Soebandi Jember .....	84
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Penghasilan di RSD dr. Soebandi Jember .....	84
Tabel 5.3 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Sebelum dan Setelah Diberikan Perlakuan Terapi Murottal Al-Qur'an Pada Kelompok Eksperimen di RSD dr. Soebandi Jember .....	86
Tabel 5.4 Kategori Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Sebelum dan Setelah Diberikan Perlakuan Terapi Murottal Al-Qur'an Pada Kelompok Eksperimen di RSD dr. Soebandi Jember .....	87
Tabel 5.5 Perbedaan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Pada Kelompok Kontrol di RSD dr. Soebandi Jember (n=10) .....	87
Tabel 5.6 Kategori Perbedaan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Pada Kelompok Kontrol di RSD dr. Soebandi Jember (n=10) .....	88
Tabel 5.7 Hasil Uji Normalitas .....	88
Tabel 5.8 Hasil Uji Homogenitas .....	88
Tabel 5.9 Hasil Uji <i>Wilcoxon</i> Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Antara <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol .....	89
Tabel 5.10 Hasil Uji <i>Mann Whitney</i> Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Antara Kelompok Eksperimen dan Kontrol..	90

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Patofisiologi Katarak.....	23
Gambar 2.2 Rentang Respon Kecemasan .....	46
Gambar 2.3 Kerangka Teori .....	62
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	63
Gambar 4.1 Bentuk Rancangan Penelitian .....	65



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran A. <i>Informed</i> .....	125
Lampiran B. <i>Consent</i> .....	126
Lampiran C. Kuesioner Kecemasan .....	127
Lampiran D. <i>Standard Operating Procedure</i> (SOP) .....	129
Lampiran E. Uji Validitas Kuesioner Tingkat Kecemasan .....	131
Lampiran F. Uji Reliabilitas Kuesioner Tingkat Kecemasan .....	132
Lampiran G. Rata-rata Tingkat Kecemasan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol .....	133
Lampiran H. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> Pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol .....	134
Lampiran I. Uji Normalitas dan Homogenitas .....	135
Lampiran J. Hasil Uji <i>Wilcoxon</i> .....	136
Lampiran K. Hasil Uji <i>Mann Whitney</i> .....	136
Lampiran L. Data Karakteristik Pasien Pre Operasi Katarak .....	137
Lampiran M. Dokumentasi Kegiatan .....	142

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sehat merupakan keinginan semua orang, baik sehat secara fisik, psikis, dan sosial. Salah satu kesehatan yang sangat penting untuk dijaga adalah kesehatan mata sebagai indera penglihatan (Rondonuwu, 2014: 28). Jalur utama penyerapan informasi dalam proses belajar individu terjadi melalui indera penglihatan sekitar kurang lebih 83 % (Wahyu dalam Wahyuni, 2015: 1). Namun menurut *World Health Organization* (WHO) (2007), terdapat 180 juta penduduk dunia yang mengalami cacat penglihatan. Sebanyak 40-45 juta diantaranya tidak dapat melihat atau buta. Penderita cacat penglihatan atau buta di dunia bertambah satu orang setiap detik. Untuk kawasan benua Asia angka kebutaan tertinggi adalah di Bangladesh 1 %, India 0,7 %, dan Thailand 0,3 %. Jumlah itu akan bertambah besar di masa depan seiring peningkatan usia harapan hidup (Ilyas, 2006: 5-6). Sedangkan prevalensi kebutaan di Indonesia mencapai 4,8 % pada tahun 2007 (Depkes RI, 2008).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) mengeluarkan kebijakan dalam mencapai *global Vision 2020: The Right to Sight* (pemenuhan hak untuk melihat dengan optimal bagi setiap individu) dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 1473/ MENKES/ SK/ 2005 tentang Rencana Strategi Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Angka Kebutuan (Renstranas PGPK) yang isinya terdapat 4 prioritas yaitu katarak, glaukoma, refraksi, dan *xeroftalmia* (Depkes RI, 2008). Katarak menjadi



salah satu prioritas dalam kebijakan tersebut karena penyebab utama kebutaan adalah katarak, diikuti kelainan refraksi, *low vision* dan penyakit lain yang berhubungan dengan penuaan (Wahyuni, 2015: 2).

Depkes RI (2008) menjelaskan bahwa katarak menjadi penyebab utama kebutaan di Indonesia yaitu 0,78 %, kemudian glaukoma 0,20 %, kelainan refraksi 0,14 %, sedangkan sisanya akibat penyakit kornea, retina dan kekurangan vitamin A (*xeroptalmia*). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2008), prevalensi katarak di Indonesia meningkat dari 1,2 % pada tahun 2001 menjadi 1,8 % pada tahun 2007. Terdapat sekitar 1,7 juta orang menderita katarak dan setiap tahunnya terdapat sekitar 200.000 penderita katarak baru di Indonesia. Hal ini menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan kebutaan akibat katarak dari tahun ketahun (Rondonuwu, 2014: 28). Perkiraan insiden katarak adalah 0,1%/tahun atau setiap tahun di antara 1.000 orang terdapat seorang penderita baru katarak. Penduduk Indonesia juga memiliki kecenderungan menderita katarak 15 tahun lebih cepat dibandingkan penduduk di daerah subtropis, sekitar 16-22% penderita katarak yang dioperasi berusia di bawah 55 tahun (INFODATIN, 2014). Katarak adalah perubahan lensa mata yang jernih dan tembus cahaya menjadi keruh. Katarak terjadi secara perlahan sehingga penglihatan pasien akan terganggu secara berangsur (Ilyas, 2006: 250). Untuk mengurangi terjadinya kebutaan akibat katarak dapat dicegah dengan operasi (Tamsuri, 2010: 56).

Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani

dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani sudah ditampilkan, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan yang akan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat, 2010: 19). Operasi adalah segala prosedur yang dilakukan di ruang operasi, meliputi kegiatan *incise*, *excise*, manipulasi maupun penjahitan jaringan yang biasanya memerlukan *general anaesthesia* maupun *local anaesthesia* ataupun sedasi untuk mengontrol nyeri (Weiser, 2008: 140).

Operasi katarak banyak dilakukan pada pasien yang berusia lanjut yaitu di atas 65 tahun, namun saat ini katarak telah ditemukan pada usia muda yaitu berkisar 30-40 tahun (Ady, 2011: 1). Operasi katarak dilakukan untuk mengembalikan fungsi normal mata. Keberhasilan pengembalian penglihatan melalui operasi dapat dicapai pada 95% pasien (Smeltzer, 2002: 319).

Operasi dapat menyebabkan kecemasan pada pasien sebelum proses operasi dimulai. Hal ini akan berakibat buruk jika tidak segera diatasi, karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan serta mempengaruhi terhadap pelaksanaan atau penundaan operasi (Muttaqin & Sari, 2009: 74). Sama seperti operasi lainnya, operasi katarak memiliki ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis, dan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2008: 7). Kecemasan berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti terhadap objek yang tidak spesifik. Kondisi ini dialami secara subjektif dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan merupakan respon psikologis terhadap

penilaian tersebut (Stuart, 2006: 144). Tingkat kecemasan adalah ringan, sedang, berat, dan panik tergantung dari masing-masing individu (Peplau dalam Suliswati dkk, 2005: 109).

Kecemasan hampir dialami oleh sebagian besar pasien yang akan menjalani operasi termasuk operasi katarak. Berdasarkan data dari WHO pada tahun 2007, penelitian di Amerika Serikat terdapat 35.539 pasien bedah dirawat di unit perawatan intensif antara 1 oktober 2003 sampai 30 september 2006, 8.922 pasien (25,1 %) mengalami kondisi kejiwaan dan 2,473 pasien (7 %) mengalami kecemasan (Chandra, 2009). Nijkamp (2014: 1310) dalam penelitiannya yang dilakukan di Belanda menjelaskan bahwa 90 % pasien pre operasi katarak akan mengalami kecemasan. Penelitian ini juga menjelaskan bahwa kecemasan banyak ditemui pada pasien perempuan.

Penelitian pada pasien pre operasi katarak yang diselenggarakan oleh Bagian Ilmu Penyakit Mata dengan Persatuan Dokter Spesialis Mata Indonesia (PERDAMI) di 7 rumah sakit di Jawa Tengah dan Yogyakarta menjelaskan bahwa sebagian besar pasien yang akan melaksanakan operasi katarak merasa cemas, takut, dan gelisah sebelum proses operasi (Wibawa, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Ferlina pada tahun 2012 tentang tingkat kecemasan pre operasi termasuk katarak di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sragen, bahwa dari 40 orang responden mengalami tingkat kecemasan berat 7 orang (17,5 %), tingkat kecemasan sedang 16 orang (40 %), tingkat kecemasan ringan 15 orang (37,5 %) dan tidak merasa cemas 2 orang (5 %) (Ferlina dalam Chandra, 2009). Hasil survei yang dilakukan oleh Sasube (2009: 78) pada tahun 2005 terdapat 50 dari

700 pasien termasuk katarak yang batal menjalankan proses operasi di Instalasi Bedah Sentral, BLU RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado karena faktor psikologis yaitu kecemasan.

Hasil penelitian oleh Mete (2015: 73) tentang gambaran kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Adi Husada Kapasari Surabaya termasuk katarak mendapatkan hasil 10 responden (77 %) mengalami kecemasan ringan, sedangkan 3 lainnya (23 %) mengalami kecemasan sedang. Penelitian di Jember menunjukkan pada tahun 2014 terdapat 8.646 kunjungan ke RSD dr. Soebandi dengan pasien katarak sebanyak 1697 kunjungan (19,63 %) dan operasi katarak sebanyak 434 kasus (25,57 %) menjadi nomor 1 diantara kasus kunjungan gangguan mata di RSD dr. Soebandi. Penelitian tersebut juga menjelaskan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi yaitu kecemasan sedang sebanyak 7 orang (21,8 %), kecemasan ringan 19 orang (59,4 %), tidak ada kecemasan sebanyak 6 orang (18,8 %), serta tidak ditemukan tingkat kecemasan panik dan berat (Wahyuni 2015: 5, 77)

Kecemasan yang dirasakan pasien pre operasi katarak disebabkan oleh ketidaktahuan pasien tentang proses penyakit dan cara mengobatinya, juga diakibatkan oleh rasa khawatir kehilangan fungsi penglihatan seumur hidup sehingga akan membebani anggota keluarga yang lain (Wahyuni, 2015: 78). Perawat harus membantu mengatasi kecemasan pasien sebelum proses operasi dimulai. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif oleh pasien merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Kecemasan yang berlebihan, syok atau keadaan serius lainnya yang terjadi disertai

ketidakadekuatan sistem kardiovaskuler mengalirkan darah ke seluruh tubuh dengan jumlah yang memadai, dapat menyebabkan gangguan peredaran darah dan gangguan perfusi organ vital, seperti jantung dan otak. Hal ini akan berakibat buruk jika tidak segera diatasi, karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan serta mempengaruhi proses operasi (Muttaqin & Sari, 2009: 74).

Pasien pre operasi katarak yang mengalami tekanan darah tinggi dapat menyebabkan peningkatan tekanan bola mata sehingga akan menyulitkan dokter dalam menanamkan lensa intraokuler sebagai pengganti lensa yang mengalami katarak (Budiman, Knoch, & Sitompul, 2013). Selain terjadi peningkatan tekanan darah, akan terjadi juga peningkatan glikogenolisis yang akan menyebabkan gula darah meninggi saat terjadi kecemasan pada pasien pre operasi katarak (Suliswati dkk, 2005: 115).

Gula darah yang tinggi membuat lensa mengalami perlengketan dengan kapsul posteriornya sehingga waktu untuk mengeluarkan kataraknya cukup lama dan membutuhkan teknik khusus. Selain itu kapsul posterior lensa semakin rapuh sehingga mudah pecah dan terjadi prolaps cairan vitreus. Hal tersebut akan mempersulit penanaman lensa okuler bahkan kemungkinan tidak bisa dilakukan penanaman, sehingga membuat tajam penglihatan setelah operasi tidak bisa maksimal (Budiman, Knoch, & Sitompul, 2013). Selain mempengaruhi penanaman lensa okuler terjadinya prolaps vitreus juga dapat menyebabkan keratopati bulosa, *epithelial* dan *sromal downgrowth*, prolaps iris, *uveitis*, glaukoma, *ablasio retina*, edema macular, kistoid, kekeruhan korpus vitreum, endoftalmitis dan *neuritis optica*. Pasien yang memiliki riwayat gangguan gula



darah dan hipertensi perlu diberi tindakan sebelum operasi sebab akan mempengaruhi proses operasi (Muttaqin & Sari 2009: 226).

Sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berperan pada tahap perioperasi, perawat mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang holistik. Perawat memandang pasien sebagai makhluk bio-psiko-sosiokultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan atau pada keadaan krisis (Yani, 2008: 1). Sikap perawat diharapkan dapat melakukan pengkajian terhadap fungsi fisiologis dan psikologis yang menentukan keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Paryanto, 2009: 152).

Disamping persiapan fisiologis, persiapan psikologis juga menjadi salah satu objek bagi perawat di rumah sakit dalam menjalankan peran pre operasi, diantaranya adalah dengan menentukan atau mengkaji status psikologis pasien serta mendengarkan keluhan bersifat psikologis yang dirasakan pasien terhadap tindakan operasi yang akan dijalannya (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2008: 7). Masalah keperawatan yang muncul pada pre operasi adalah kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72).

Intervensi mandiri keperawatan untuk persiapan psikologis pre operasi yaitu mengatasi tingkat kecemasan. Metode penatalaksanaan kecemasan mencakup pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Pendekatan farmakologi lebih mahal dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode non farmakologi lebih murah, sederhana, efektif, dan tanpa efek yang merugikan (Burns & Blamey dalam Elvianur, 2011). Salah satu tindakan non farmakologi



yang dapat dilakukan mandiri oleh perawat untuk menangani kecemasan adalah teknik distraksi (Potter & Perry, 2006: 1523).

Salah satu teknik distraksi yaitu terapi musik (Young & Koopsen dalam Elvianur, 2011). Dalam perkembangannya, musik memiliki efek terapi dalam mengatasi gangguan suasana hati, seperti kecemasan (Al-Firdaus dalam Rompas, 2013: 2). Musik dapat mengurangi nyeri, depresi, pergolakan, dan agresi serta meningkatkan relaksasi dan suasana hati yang positif. Musik adalah bagian integral dalam peribadatan lintas budaya dan agama, mampu menenangkan jiwa, menjadi sarana untuk memusatkan diri pada kesadaran spiritual, serta mengangkat seseorang pada sebuah situasi damai, hening, dan sadar akan diri sendiri (Young & Koopsen dalam Elvianur, 2011).

Kepercayaan spiritualpun memainkan peranan penting dalam menghadapi kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72). Beberapa penelitian telah menunjukkan penurunan kecemasan pada pasien yang menggunakan doa maupun praktik spiritualitas lainnya (King dalam Rompas 2013: 2). Salah satu terapi yang menjadi bagian dari terapi musik dan terapi spiritualitas adalah terapi murottal Al-Qur'an.

Terapi murottal Al-Qur'an menjadi bagian dari terapi musik (Widayarti dalam Handayani 2014: 2) karena murottal Al-Qur'an dapat diartikan sebagai rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori' (pembaca Al-Qur'an) (Purna dalam Handayani 2014: 3). Murottal Al-Qur'an juga menjadi terapi spiritualitas karena membuat individu mengingat Allah SWT. Oleh karena itu terapi murottal Al-Qur'an menjadi perpaduan antara terapi musik dan terapi spiritualitas.

Murottal Al-Qur'an adalah salah satu musik dengan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif bagi pendengarnya (Wijaya dalam Handayani, 2014: 8). Harmonisasi dalam musik yang indah akan masuk ke telinga dalam bentuk suara, menggetarkan gendang telinga, menggetarkan sel-sel rambut di dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri yang akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan perasaan ini, karena musik dapat menjangkau wilayah kiri korteks celebri (Mindlin, 2009: 17).

Setelah korteks limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke *amigdala* yang merupakan area perilaku kesadaran dan bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagian fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional lainnya. Jaras pendengaran kemudian diteruskan ke *formatio retikularis* sebagai penyalur impuls menuju seraf otonom. Seraf tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ tubuh. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa ganjaran sehingga timbul ketenangan (Ganong, 2005: 411).

Banyak penelitian yang menunjukkan keefektifan murottal Al-Qur'an untuk meningkatkan ketenangan. Handayani (2014: 12) membuktikan dalam penelitiannya bahwa murottal Al-Qur'an mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan sistem saraf simpatis,

sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem saraf autonom tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar dari timbulnya respon relaksasi, yaitu terjadi keseimbangan antara sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis.

Penelitian tentang murottal Al-Qur'an sebagai salah satu terapi spiritualitas yang dapat mempercepat penyembuhan dilakukan oleh Ahmad al Qhadi dengan hasil bahwa mendengarkan ayat suci Al-Quran dapat berpengaruh secara signifikan untuk menurunkan ketegangan urat saraf reflektif. Hasil ini tercatat serta terukur secara kuantitatif dan kualitatif oleh sebuah alat berbasis komputer (Remolda, 2009). Penelitian oleh Widhowati dalam Wahida, Nooryanto, dan Andraini (2015: 216) menjelaskan bahwa terapi murottal Al-Qur'an lebih efektif meningkatkan ketenangan dibandingkan dengan terapi musik.

Hasil studi pendahuluan didapatkan informasi bahwa dari 22.153 kunjungan pasien selama tahun 2015 di RSD dr. Soebandi kabupaten Jember, penatalaksanaan operasi katarak dengan jumlah 303 pasien menempati peringkat terbanyak ke-3 dari seluruh operasi (Rekam Medik RSD dr. Soebandi Jember, 2016). Perawat bidang kerohanian di RSD dr. Soebandi Jember menjelaskan juga bahwa pasien pre operasi termasuk operasi katarak hampir semua akan mengalami kecemasan dan belum pernah dilakukan pemberian terapi murottal Al-Qur'an untuk menanganinya.

Berdasarkan beberapa uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan serangkaian penelitian tentang pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat diambil rumusan masalah bagaimanakah pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember?

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik pasien pre operasi katarak yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan penghasilan;
- b. mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak yang menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di RSD dr. Soebandi Jember sebelum adanya perlakuan terapi murottal Al-Qur'an;
- c. mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak yang menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol di RSD dr. Soebandi Jember setelah adanya perlakuan terapi murottal Al-Qur'an;
- d. menganalisis pengaruh terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Peneliti melaksanakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur’an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember” ini untuk menambah pengetahuan dan keterampilan peneliti tentang tata cara penelitian yang baik dan benar. Selain itu dengan melaksanakan penelitian ini peneliti dapat mengetahui pengaruh terapi murottal Al-Qur’an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak.

### **1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan informasi dan studi literatur tentang pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur’an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak yang dapat dikembangkan lagi penggunaannya.

### **1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat**

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur’an terhadap kecemasan, dan dapat melakukan terapi murottal Al-Qur’an secara mandiri kepada diri sendiri maupun orang lain yang sedang mengalami kecemasan.



#### 1.4.4 Manfaat bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini merupakan suatu wujud peran perawat sebagai *educator* sehingga masyarakat akan mengetahui bahwa perawat juga membantu dalam hal peningkatan status kesehatan masyarakat khususnya pada tindakan penanganan masalah kesehatan. Selain itu perawat sebagai *care giver* dapat menjadikan terapi murottal Al-Qur'an sebagai terapi alternatif untuk mengurangi kecemasan yang dialami pasien.

#### 1.4.5 Manfaat bagi Instansi Kesehatan RSD dr. Soebandi Jember

Manfaat penelitian bagi instansi kesehatan RSD dr. Soebandi Jember adalah menjadi landasan literatur pembuatan dan pelaksanaan *standard operating procedure* (SOP) tindakan keperawatan untuk mengurangi kecemasan pasien sebelum operasi katarak.

### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang berjudul “Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember” ini belum pernah dilakukan. Ada beberapa penelitian yang mendukung peneliti untuk melakukan penelitian ini. Salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Julianto, Romadoni, dan Astuti (2014) yang berjudul “Pengaruh Citrus Aromaterapi Terhadap Ansietas Pasien Preoperasi Bedah Mayor di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014”.



Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Julianto, Romadoni, dan Astuti	Penelitian Mahasiswa
1.	Judul penelitian	Pengaruh Citrus Aromaterapi Terhadap Ansietas Pasien Preoperasi Bedah Mayor di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014	Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember
2.	Variabel	<i>Independen:</i> Citrus Aromaterapi <i>Dependen:</i> Ansietas Pasien Preoperasi Bedah Mayor Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	<i>Independen:</i> Terapi Murottal Al-Qur'an <i>Dependen:</i> Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember
2.	Tempat	Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang	RSD dr. Soebandi Jember
3.	Rancangan penelitian	Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>pre eksperimen</i> dengan pendekatan <i>one group pretest posttest</i> sampel penelitian sebanyak 42 responden, dengan teknik <i>purposive sampling</i> .	Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>quasi experimental</i> dengan pendekatan <i>pretest posttest with control group design</i> . Teknik pengambilan sampel <i>non-probability sampling</i> dengan pendekatan <i>Quota sampling</i>
4.	Analisa data	Analisa data menggunakan uji t-test dependen	Analisa data menggunakan uji <i>Wilcoxon</i> dan uji <i>Mann Whitney</i>

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Penyakit Katarak

#### 2.1.1 Pengertian

Lensa adalah salah satu bagian mata yang memiliki struktur transparan (jernih). Kejernihan mata dapat terganggu karena proses degenerasi yang menyebabkan kekeruhan serabut lensa. Kekeruhan pada lensa disebut dengan katarak (Khurama, 2007: 167). Katarak adalah keadaan lensa mata yang awalnya transparan menjadi keruh, sehingga menurunkan visus penglihatan dan luas pandang (Nugroho, 2011). Katarak adalah perubahan lensa mata yang jernih dan tembus cahaya menjadi keruh. Katarak terjadi secara perlahan sehingga penglihatan pasien akan terganggu secara berangsur (Ilyas, 2006: 250).

#### 2.1.2 Faktor Risiko

Sirlan dalam Hutasoit (2009) menjelaskan faktor risiko katarak sebagai berikut.

##### a. Paparan Sinar Ultraviolet

Ada empat jenis radiasi ultraviolet, yaitu ultraviolet A, ultraviolet B, ultraviolet C, dan ultraviolet D. Sinar ultraviolet yang paling tinggi energinya dan berpotensi merusak makhluk hidup adalah ultraviolet C dan ultraviolet D, tetapi hanya sedikit pengaruhnya terhadap kehidupan di bumi karena radiasinya dapat diserap oleh lapisan atmosfer. Ultraviolet A bisa menembus atmosfer yang mengandung ozon, dan hanya ultraviolet B yang secara efektif dapat ditahan atau

diserap oleh lapisan atmosfer. Peningkatan radiasi ultraviolet B berhubungan dengan penipisan ozon di lapisan stratosfer. Akibat dari peningkatan radiasi ini, diprediksi dapat mengganggu dan mengancam kestabilan ekosistem di bumi. Adapun pada manusia bahaya yang timbul berupa gangguan kesehatan, antara lain dapat menimbulkan katarak pada mata, kanker kulit dan mempengaruhi ketahanan tubuh terhadap serangan berbagai penyakit (Cahyono, 2003: 22). Intensitas ultraviolet B rendah pada pukul 07.00, meningkat pada jam-jam berikutnya sampai dengan pukul 11.00. Setelah pukul 11.00 intensitas ini relatif stabil dan tinggi sampai dengan pukul 14.00 untuk kemudian menurun, dan pada pukul 16.00 mencapai intensitas yang sama dengan pada pukul 07.00 (Holick dalam Setiati, 2008: 149).

#### b. Pekerjaan

Pekerjaan berkaitan dengan paparan sinar ultraviolet. Penelitian menunjukkan bahwa nelayan mempunyai jumlah paparan terhadap sinar ultraviolet yang tinggi sehingga meningkatkan risiko terjadinya katarak kortikal dan katarak posterior subkapsular (Sperduto, 2004: 3).

#### c. Lingkungan (Geografi)

Hampir semua studi epidemiologi melaporkan tingginya prevalensi katarak di negara yang berlokasi di khatulistiwa karenatingginya paparan sinar ultraviolet. Tidak hanya paparan sinar ultraviolet yang menyebabkan tingginya jumlah penderita katarak di suatu daerah, tetapi juga disebabkan oleh berbagai faktor lain. Penelitian di Nepal dan Cina melaporkan variasi prevalensi penduduk

yang tinggal di ketinggian berbeda. Prevalensi katarak senilis 60 % lebih tinggi di Tibet dibandingkan di Beijing (Sperduto, 2004: 3).

d. Pendidikan

Penelitian menemukan bahwa prevalensi katarak lebih tinggi pada kelompok yang berpendidikan lebih rendah. Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi status sosial ekonomi termasuk pekerjaan dan status gizi (Sirlan dalam Hutasoit, 2009).

e. Nutrisi

Lutein dan zeaxantin adalah satu-satunya karotenoid yang dijumpai dalam lensa mata manusia. Risiko menderita katarak dapat diturunkan dengan meningkatkan asupan makanan tinggi lutein (bayam dan brokoli), yang telah dimasak lebih dari 2 kali dalam seminggu (*American Academy of Ophthalmology*, 2008: 45).

f. Merokok

Merokok dapat menyebabkan katarak karena mengunyah tembakau dapat menginduksi stres oksidatif dan dihubungkan dengan penurunan kadar antioksidan, askorbat dan karotenoid (Taylor, 2004: 4). Merokok menyebabkan penumpukan molekul berpigmen – *3 hydroxykynurinine* dan *chromophores*, yang menyebabkan terjadi penguningan warna lensa. Sianat dalam rokok juga menyebabkan terjadinya karbamilasi dan denaturasi protein (Khurana, 2007: 170).

g. Diare

Diare berperan dalam terjadinya katarak. empat cara berperannya diare dalam terjadinya katarak yaitu malnutrisi, asidosis, dehidrasi, dan tingginya kadar urea dalam darah (Khurana, 2005: 90).

h. Diabetes Melitus

Meningkatnya kadar gula darah, akan meningkatkan pula kadar glukosa dalam *aquos humor*. Karena glukosa dari *aquos humor* masuk ke dalam lensa dengan cara difusi, maka kadar glukosa dalam lensa akan meningkat. Sebagian glukosa tersebut dirubah oleh enzim aldose reduktase menjadi sorbitol yang tidak dimetabolisme, namun tetap berada dalam lensa sehingga mempengaruhi kejernihan lensa (*American Academy of Ophthalmology*, 2008: 45).

i. Alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko terkena berbagai penyakit mata termasuk katarak. Alkohol bekerja secara langsung pada protein lensa mata dan secara tidak langsung dengan cara mempengaruhi penyerapan nutrisi pada lensa mata (Khurana, 2005: 90).

j. Obat-obatan

Data klinis dan laboratorium menunjukkan banyak obat yang mempunyai potensi sebagai penyebab katarak. Obat-obatan yang meningkatkan risiko katarak adalah kortikosteroid, fenotiazin, miotikum, kemoterapi, diuretik, obat penenang, obat rematik, dan lain-lain (Sperduto, 2004: 4).

#### k. Jenis Kelamin

Banyak penelitian yang menunjukkan tingginya risiko perempuan terkena katarak. Tingginya prevalensi pada perempuan terutama untuk risiko terjadinya katarak kortikal (Sperduto, 2004: 4).

#### 2.1.3 Gejala Klinis

Menurut Hutasoit (2009) kekeruhan lensa dapat terjadi tanpa menimbulkan gejala, dan dijumpai pada pemeriksaan mata rutin. Gejala katarak yang sering dikeluhkan adalah:

##### a. silau

Pasien katarak sering mengeluh silau karena penurunan sensitivitas kontras dalam lingkungan yang terang, silau pada saat siang hari atau sewaktu melihat lampu mobil atau kondisi serupa di malam hari. Keluhan ini khususnya dijumpai pada tipe katarak posterior subkapsular. Pemeriksaan silau (*test glare*) dilakukan untuk mengetahui derajat gangguan penglihatan dengan meletakkan sumber cahaya di dalam lapang pandang pasien (*American Academy of Ophthalmology, 2007: 75*);

##### b. diplopia monokular atau polyopia

Perubahan nuklear ada pada lapisan dalam nukleus lensa, menyebabkan daerah pembiasan di tengah lensa. Daerah ini dapat dilihat dengan refleksi merah retinoskopi atau oftalmoskopi. Tipe katarak ini dapat menyebabkan diplopia monokular atau polyopia (*American Academy of Ophthalmology, 2007: 75*);



c. *halo*

Keadaan ini terjadi saat sinar putih terpecah menjadi spektrum warna karena meningkatnya kandungan air dalam lensa. *Halo* sering dialami oleh pasien katarak saat melihat di malam hari (Khurana, 2007: 171);

d. distorsi

Katarak dapat menyebabkan garis lurus akan terlihat bergelombang (Langston, 2002: 142). Keadaan ini sering dijumpai pada stadium awal katarak (Khurana, 2007: 171);

e. penurunan tajam penglihatan

Katarak menyebabkan penurunan penglihatan progresif tanpa rasa nyeri (Khurana, 2007: 171). Ditemukan juga data pasien hanya menyadari adanya gangguan penglihatan setelah dilakukan pemeriksaan (*American Academy of Ophthalmology*, 2007: 75). Setiap tipe katarak mempunyai gejala gangguan penglihatan yang berbeda-beda, tergantung pada cahaya, ukuran pupil dan derajat miopia. Setelah mendapat data awal riwayat dan gejala katarak, maka pasien harus dilakukan pemeriksaan penglihatan lengkap, dimulai dengan refraksi. Perkembangan katarak nuklear sklerotik juga dapat mempengaruhi tajam penglihatan dengan meningkatkan dioptri lensa, sehingga terjadi miopia ringan hingga sedang (*American Academy of Ophthalmology*, 2007: 76); dan

f. *myopic shift*

Perkembangan katarak dapat meningkatkan dioptri kekuatan lensa yang dapat menyebabkan miopia ringan atau sedang (*American Academy of Ophthalmology*, 2007: 77). Pematangan katarak nuklear ditandai dengan

kembalinya penglihatan dekat karena meningkatnya miopia akibat peningkatan kekuatan refraktif lensa nuklear sklerotik, sehingga kacamata baca atau bifokal tidak diperlukan lagi. Perubahan ini disebut “*second sight*” (Langston, 2002: 142). Namun, seiring dengan perubahan kualitas optikal lensa, keuntungan tersebut akhirnya hilang juga (*American Academy of Ophthalmology*, 2007: 77).

#### 2.1.4 Klasifikasi Katarak

Klasifikasi penyakit katarak berdasarkan usia menurut Ilyas (2007: 208) adalah sebagai berikut:

##### a. katarak kongenital

Katarak dapat terlihat pada usia di bawah 1 tahun. Katarak ini 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 terutama pada kehamilan 3 bulan pertama;

##### b. katarak juvenil

Katarak yang terjadi pada usia di atas 1 tahun dan di bawah 40 tahun. Katarak juvenil adalah kelanjutan dari katarak kongenital dan penyulit katarak komplikata yang dapat terjadi akibat *uveitis* dan glaukoma;

##### c. katarak presenil

Katarak yang terjadi setelah usia 40 tahun. Katarak ini merupakan awal dari katarak senil; dan

d. katarak senil

Katarak yang mulai terjadi pada usia lebih dari 50 tahun. Menurut Tamsuri (2010: 57) stadium katarak senil dapat dibedakan sebagai berikut:

1) katarak insipien

Merupakan stadium awal yaitu terjadi kekeruhan lensa berupa bercak-bercak kekeruhan yang tidak teratur. Degenerasi lensa belum menyerap cairan sehingga hanya terjadi kekeruhan ringan pada lensa. Pada stadium ini juga belum terjadi gangguan tajam penglihatan;

2) katarak imatur

Pada stadium ini lensa mulai menyerap cairan sehingga lensa menjadi cembung dan menyebabkan miopia, iris terdorong ke depan serta bilik mata depan menjadi dangkal. Sudut bilik mata depan mungkin tertutup sehingga timbul glaukoma sekunder;

3) katarak matur

Pada stadium ini terjadi kekeruhan lensa. Tekanan cairan dalam lensa sudah seimbang dengan cairan dalam mata sehingga ukuran lensa akan kembali normal. Tajam penglihatan sudah menurun sehingga hanya tinggal proyeksi sinar positif; dan

4) katarak hipermatur

Pada stadium ini terjadi proses degenerasi lanjut lensa dan korteks lensa dapat mencair sehingga nukleus lensa dapat tenggelam di dalam korteks lensa. Terjadi pula degenerasi kapsul lensa sehingga bahan lensa ataupun korteks lensa cair dapat masuk ke bilik mata depan, sehingga timbul glaukoma fakolitik.

Klasifikasi penyakit katarak menurut penyebabnya menurut Tamsuri (2010: 57) dibedakan menjadi:

a. katarak traumatika

Katarak traumatika terjadi akibat rudapaksa atau trauma baik benda tumpul maupun tajam. Rudapaksa dapat berakibat katarak pada satu mata (katarak monokular). Penyebab katarak ini adalah sinar-x, radioaktif, dan benda asing;

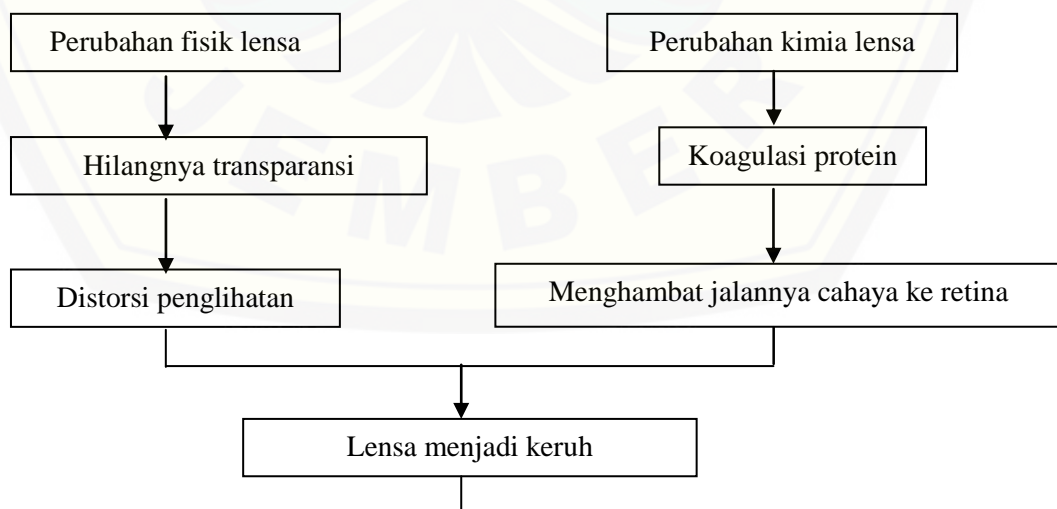
b. katarak toksika

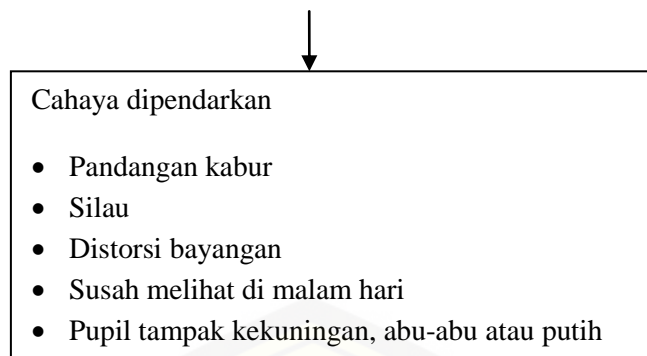
Katarak toksika adalah katarak yang terjadi karena pajanan dengan bahan kimia, kortikosteroid, dan chlorpromazine; dan

c. katarak komplikata

Katarak komplikata adalah katarak yang terjadi karena gangguan sistemik seperti diabetes melitus, hipoparatiroidisme, dan akibat kelainan lokal seperti *uveitis*, glaukoma, miopia, atau proses degenerasi pada satu mata lainnya.

### 2.1.5 Patofisiologi





Gambar 2.1 Patofisiologi katarak (Nugroho, 2011: 178)

Katarak merupakan penyakit degeneratif pada usia lanjut diatas 65 tahun, namun saat ini katarak juga telah ditemukan pada usia muda (35-40 tahun) (Irawan dalam Ady, 2011: 2). Pembentukan katarak ditandai oleh berkurangnya oksigen, penurunan air, peningkatan kandungan kalsium, dan berubahnya protein yang larut menjadi tidak bisa larut. Lensa mata yang mengalami katarak secara bertahap akan kehilangan air dan akan bertambah ukuran serta densitasnya. Peningkatan densitas akibat dari tekanan serat yang lebih tua. Saat serat baru diproduksi di korteks, serat lensa ditekan menuju pusat lensa. Serat-serat lensa yang lama akan menyebabkan hilangnya transparansi lensa. Selain itu, berbagai penyebab katarak diatas dapat menyebabkan gangguan metabolisme pada lensa mata. Gangguan metabolisme ini menyebabkan perubahan kandungan bahan-bahan yang ada di dalam lensa mata sehingga menyebabkan kekeruhan. Kekeruhan dapat terjadi pada lensa atau kapsul lensa. Pada gangguan ini sinar yang akan masuk melalui kornea akan terhalangi oleh kekeruhan yang terjadi pada lensa mata. Akibatnya mengaburkan bayangan semu yang masuk ke retina. Akibatnya otak mengintepretasikan sebagai bayangan berkabut. Lensa mata akan menjadi putih susu, kuning, bahkan coklat atau hitam dan sulit membedakan warna pada katarak yang tidak diterapi (Istiqomah, 2004: 133-134).

### 2.1.6 Penatalaksanaan

Pengobatan katarak adalah dengan tindakan pembedahan (operasi) (Tamsuri 2010: 56). Tindakan operasi mengembalikan pandangan pasien kurang lebih 95 %. Tanpa operasi akan terjadi kehilangan pandangan komplit (Istiqomah, 2004: 128).

Setelah pembedahan, lensa diganti dengan kacamata afakia, lensa kontak atau lensa tanam intraokular (Tamsuri 2010: 56). Menurut Istiqomah (2004: 135) jenis pembedahan katarak mencakup *extracapsular cataract extractie* (ECCE) dan *intracapsular cataract extractie* (ICCE).

#### a. *Extracapsular Cataract Extractie* (ECCE)

Operasi ECCE melakukan pengeluaran isi lensa dengan memecah dan merobek kapsul lensa anterior (Tamsuri 2010: 58). Korteks dan nukleus diangkat, sedangkan kapsul posterior ditinggalkan untuk mencegah prolaps vitreus yang berfungsi melindungi retina dari sinar ultraviolet dan mendukung implantasi lensa intraokuler. ECCE merupakan jenis operasi katarak yang memungkinkan dimasukkannya lensa intraokuler ke dalam kapsul yang tersisa. Tiga bulan setelah operasi akan dilakukan pemeriksaan visus pada pasien oleh dokter. Teknik yang digunakan untuk operasi ECCE adalah *fakoemulsifikasi*, jaringan dihancurkan dan debris diangkat melalui penghisapan (*suction*) (Istiqomah, 2004: 135).

#### b. *Intracapsular Cataract Extractie* (ICCE)

Operasi katarak ini dengan mengangkat seluruh lensa mata yang mengalami katarak. Keuntungan operasi ini adalah kemudahan prosedurnya, sedangkan kerugiannya adalah berisiko *retinal detachment* dan seluruh struktur



penyokong penanaman lensa intraokuler akan diangkat. Teknik yang sering digunakan untuk operasi ICCE adalah *cryosurgery*, lensa dibekukan dengan *probe* dingin dan kemudian diangkat (Istiqomah, 2004: 135). Operasi ini dapat dilakukan pada *zonula zinii* yang telah rapuh dan berdegenerasi serta mudah diputus. Kontraindikasi operasi ini adalah pasien berusia 40 tahun karena masih memiliki ligamen *hialoidea* kapsular. Penyulit operasi ini adalah astigmatisme, glaukoma, *uveitis*, endoftalmitis, dan perdarahan (Tamsuri 2010: 59).

#### 2.1.7 Komplikasi

Menurut Tamsuri (2010: 59-60) ada beberapa komplikasi pascaoperasi katarak, antara lain:

a. peningkatan tekanan intraokular

Peningkatan tekanan intraokular pascaoperasi dapat terjadi secara tiba-tiba ditandai dengan batuk, muntah, bersin, kemerahan pada mata, mual, selalu tidur, dan lemah;

b. infeksi

Observasi yang dilakukan oleh perawat saat pascaoperasi antara lain menemukan adanya tanda-tanda infeksi pada mata yaitu adanya kemerahan pada mata, tajam penglihatan, fotofobia, dan pengeluaran air mata. Saat ditemukan cairan mata yang berwarna kuning hijau, kemungkinan telah ada kontak dengan oftamologis;

c. perdarahan

Perdarahan pascaoperasi katarak sering disebabkan oleh pengeluaran darah dari intraokular akibat tidak sempurnanya pengobatan hingga melukai jaringan tersebut, ketidakadekuatan jahitan luka, adanya trauma, dan meningkatnya tekanan intraokular;

d. bagian belakang kapsula terasa dingin

Kaca lensa mempunyai kapsula bagian depan untuk mencegah sinar agar tidak sampai ke retina dan penglihatan kembali gelap. Pada membran kedua seharusnya sinar diubah agar kembali mencapai retina. Dalam komplikasi ini fungsi tersebut tidak dilaksanakan sehingga kapsula terasa dingin. Operasi akan diulang lagi jika ditemukan kegagalan pascaoperasi;

e. *ablasio retina*

*Abasio retina* terjadi karena ekstraksi katarak intrakapsular (kembali bagian belakang kapsula) yang menyebabkan pasien melakukan gerakan secara tiba-tiba, *vitreus humor* dapat bergerak ke depan dan naik menuju retina, sehingga terjadi perubahan struktur dan terlepasnya retina dari epitel pigmen; dan

f. melihat bintik atau tempat yang gelap, adanya benda asing yang mengapung, melihat sinar terang, dan penglihatan kabur.

### 2.1.8 Pencegahan

Upaya mencegah terkena katarak yaitu dengan mengurangi pajanan sinar matahari langsung, tidak merokok dan menghindari asap rokok, mengurangi berat badan bagi yang memiliki berat badan berlebih, menghindari pemakaian obat-obat

steroid, menghindari makanan yang tengik dan sumber radikal bebas lainnya, mengurangi asupan lemak hewan, menghindari semua makanan yang merupakan produk akhir, dan menghindari minuman alkohol. Meningkatkan asupan nutrisi antara lain buah dan sayuran lebih dari 3,5 porsi sehari, makan lebih banyak makanan tinggi asam amino sulfur (biji-bijian, legumes), menggunakan banyak bumbu, tumerik, dan curcumin (Tana, 2006: 47).

## 2.2 Konsep Dasar Operasi

### 2.2.1 Pengertian Operasi

Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani sudah ditampilkan, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan yang akan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat, 2010: 19). Operasi adalah segala prosedur yang dilakukan di ruang operasi, meliputi kegiatan *incise*, *excise*, manipulasi maupun penjahitan jaringan yang biasanya memerlukan *general anaesthesia* maupun *local anaesthesia* ataupun sedasi untuk mengontrol nyeri (Weiser, 2008: 140).

### 2.2.2 Klasifikasi Operasi

Tindakan operasi dilakukan dengan berbagai klasifikasi. Berikut adalah klasifikasi dilakukannya operasi menurut Smeltzer dan Bare (2002: 1518).

a. Klasifikasi operasi menurut faktor risiko yang ditimbulkan adalah sebagai berikut:

1) minor

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

2) mayor

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

b. Klasifikasi operasi menurut tingkat urgensi adalah sebagai berikut:

1) kedaruratan atau *emergency*

Merupakan tindakan operasi dimana pasien membutuhkan perhatian segera karena ada kemungkinan gangguan yang dialami pasien dapat mengancam jiwa. Indikasi dilakukannya tindakan operasi ini tidak dapat ditunda. Contoh dari operasi ini adalah perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, luka tembak, luka bakar yang luas, fraktur kepala, dan luka tusuk;

2) urgen

Merupakan tindakan operasi dimana keadaan pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh dari operasi ini adalah infeksi kandung kemih akut, batu pada uretra, dan batu ginjal;

### 3) diperlukan

Proses operasi ini mengharuskan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi. Namun operasi yang dilakukan dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh dari operasi ini adalah katarak, gangguan tiroid, dan hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih;

### 4) elektif

Proses operasi ini pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi elektif adalah jika tidak dilakukan tindakan operasi maka tidak terlalu membahayakan kondisi pasien. Contoh dari operasi ini adalah hernia, perbaikan vaginal, dan perbaikan *scar*;

### 5) pilihan

Pada operasi ini pasien sepenuhnya yang mengambil keputusan untuk menjalankan tindakan operasi. Indikasi operasi ini adalah pilihan pribadi dan biasanya terkait estetika. Contoh dari operasi ini adalah bedah kosmetik.

## 2.2.3 Keperawatan Perioperasi

Smeltzer dan Bare (2002:1520) menjelaskan keperawatan peripoperasi adalah keragaman fungsi perawatan yang berkaitan dengan pengalaman operasi pasien. Keperawatan perioperasi dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu:

### a. fase pre operasi

Fase pre operasi pre operasi dimulai ketika keputusan diambil untuk melaksanakan intervensi pembedahan (operasi). Tahap ini berakhir ketika pasien diantar ke kamar operasi dan diserahkan ke perawat bedah untuk diberikan

tindakan perawatan selanjutnya (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2008: 11). Dalam tahap pre operasi perawat diharapkan dapat melakukan pengkajian terhadap fungsi fisiologis dan psikologis yang menentukan keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Paryanto, 2009: 152). Pengkajian fisiologis dan psikologis yang harus dilakukan oleh seorang perawat pada tahap pre operasi menurut Smeltzer dan Bare (2002: 1515) adalah sebagai berikut:

1) pemeriksaan fisik secara umum

Sebelum tindakan operasi perawat perlu untuk mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pengkajian fisik. Selama pemeriksaan fisik tersebut tanda-tanda vital dicatat dan data dasar ditegakkan untuk perbandingan di masa yang akan datang. Pengkajian fisik umum yang dilakukan adalah:

a) status nutrisi dan penggunaan bahan kimia

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan, berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah dan keseimbangan nitrogen. Perawat harus bisa mengoreksi segala bentuk defisiensi nutrisi untuk menjaga kebutuhan protein yang cukup saat perbaikan jaringan. Pada pasien yang mengalami obesitas, sangat meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi. Selama proses operasi, jaringan lemak sangat rentan terhadap infeksi. Selain itu, obesitas dapat meningkatkan masalah-masalah teknik dan mekanik karena *dehisens* dan infeksi luka dapat terjadi. Pada individu yang ketagihan terhadap obat atau alkohol yang mengalami intoksikasi akut sangat rentan terhadap cedera. Sedangkan pada individu yang mempunyai riwayat alkoholik kronis akan



menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik lain yang meningkatkan risiko operasi;

b) status pernafasan

Tujuan mengkaji status pernafasan pasien sebelum operasi adalah untuk menjaga pasien mempunyai fungsi pernafasan yang optimal. Penting sekali mempertahankan ventilasi yang adekuat selama tahap perioperasi;

c) status kardiovaskuler

Tujuan mengkaji status kardiovaskuler pasien sebelum operasi adalah agar fungsi sistem kardiovaskuler berfungsi dengan baik untuk memenuhi kebutuhan oksigen, cairan, dan nutrisi selama tahap perioperasi;

d) fungsi hepatic dan ginjal

Tujuan mengkaji fungsi hepatic dan ginjal pasien sebelum operasi adalah agar fungsi hepar dan sistem urinari bisa maksimal sehingga agen anestesi dan sampah tubuh serta toksin dapat dibuang oleh tubuh secara adekuat. Hepar penting dalam biotransformasi senyawa-senyawa anestesi. Sedangkan ginjal terlibat dalam ekskresi obat-obatan anestesi dan metabolitnya. Status asam dan basa metabolisme merupakan pertimbangan penting dalam pemberian anestesi;

e) fungsi endokrin

Tujuan mengkaji fungsi endokrin pasien sebelum operasi adalah mengetahui status metabolik pasien. Pada pasien dengan diabetes tidak terkontrol, bahaya yang paling mengancam adalah hipoglikemi. Hipoglikemi dapat terjadi selama proses anestesi sebagai akibat dari masukan karbohidrat yang tidak adekuat atau pemberian obat insulin yang berlebihan;

f) fungsi imunologi

Tujuan mengkaji fungsi imunologi pasien sebelum operasi adalah menentukan alergi, termasuk reaksi alergi sebelumnya. Hal ini sangat penting untuk mengidentifikasi dan mencatat segala bentuk sensitivitas terhadap medikasi tertentu dan adanya reaksi yang merugikan;

g) terapi medikasi sebelumnya

Tujuan mengkaji terapi medikasi sebelumnya adalah mengetahui kemungkinan efek samping dari medikasi pada perjalanan perioperasi pasien dan kemungkinan efek interaksi obat. Medikasi yang poten memiliki efek pada fungsi fisiologis karena interaksi medikasi ini dengan agen anestesi dapat menyebabkan masalah yang serius, seperti hipotensi arteri, kolaps sirkulasi, dan depresi;

h) pertimbangan gerontologi

Tujuan mengkaji pertimbangan gerontologi pasien sebelum operasi terutama dilakukan pada pasien lansia. Hal ini disebabkan karena lansia sering memiliki kombinasi penyakit kronik dan masalah kesehatan. Secara umum, lansia dianggap memiliki risiko operasi yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang lebih muda, karena turunnya fungsi jantung, ginjal, hepar, dan gastrointestinal.

2) *informed consent*

*Informed consent* adalah ijin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela dari pasien yang diperlukan sebelum tindakan operasi dilaksanakan. Tujuan dari *informed consent* adalah melindungi pasien terhadap tindakan operasi yang lalai dan melindungi tenaga kesehatan yang bertugas terhadap tuntutan dari suatu

lembaga hukum. Sebelum pasien menandatangani *informed consent*, petugas kesehatan harus memberikan penjelasan yang jelas dan sederhana tentang hal-hal yang diperlukan dalam tindakan operasi. Selain itu harus diinformasikan juga kepada pasien tentang alternatif-alternatif yang ada, komplikasi, perubahan bentuk tubuh, menimbulkan kecacatan, dan perkiraan yang akan terjadi pada periode pasca operasi awal dan lanjut;

### 3) pendidikan pasien pre operasi

Pendidikan kesehatan pre operasi yang diberikan harus melebihi deksripsi tentang berbagai langkah prosedur dan harus mencakup penjelasan tentang sensasi yang akan dialami oleh pasien;

### 4) persiapan mental atau psikologis

Persiapan mental yang kurang memadai akan mempengaruhi pengambilan keputusan oleh pasien dan keluarganya. Tidak jarang pasien menolak proses operasi namun beberapa hari kemudian datang lagi ke rumah sakit karena sudah merasa siap dan hal ini berarti menunda operasi yang sebenarnya sudah bisa dilakukan beberapa hari atau minggu yang lalu. Oleh karena itu, persiapan psikologis pasien menjadi hal penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga pasien. Perawat juga perlu memberikan dukungan psikologis pada pasien yang akan menjalankan proses operasi. Selain itu persiapan mental atau psikologis merupakan hal yang penting dalam proses persiapan operasi karena mental dan psikologis pasien yang belum siap akan menimbulkan kecemasan pre operasi sehingga mempengaruhi kondisi fisiologis tubuh.

Perubahan fisiologis yang dapat muncul sebagai akibat dari kecemasan sebelum operasi adalah sebagai berikut:

- i. pasien akan mengalami hipertensi, jika hal ini terjadi akan mengakibatkan pasien sulit tidur dan meningkatnya tekanan darah yang dapat membatalkan tindakan operasi yang akan dilaksanakan;
- ii. pasien wanita yang mengalami kecemasan berlebihan dapat mengalami menstruasi yang lebih cepat dari biasanya, sehingga pelaksanaan operasi akan ditunda.

Pada tahap pre operasi ini masalah keperawatan psikologis utama yang akan dialami pasien adalah kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72). Setiap individu memiliki pandangan yang berbeda dalam menghadapi pengalaman operasi sehingga memberikan respon yang berbeda-beda. Menurut Smeltzer dan Bare (2002: 1520) alasan yang dapat menyebabkan kecemasan pasien pre operasi adalah sebagai berikut:

- i. takut nyeri setelah operasi;
- ii. takut terjadi perubahan fisik, menjadi lebih buruk rupa dan tidak berfungsi dengan normal (*body image*);
- iii. takut keganasan (jika diagnosa yang ditegakkan belum pasti);
- iv. takut atau cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama;
- v. takut menghadapi ruang operasi, peralatan operasi, dan petugas;
- vi. takut mati saat dilakukan pembiusan; dan
- vii. takut operasi yang dijalannya mengalami kegagalan.

b. fase intra operasi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien mulai masuk ke ruang bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini aktivitas keperawatan adalah melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur operasi, menjaga keselamatan pasien, dan melaksanakan fungsi kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya;

c. fase pasca operasi

Fase post operasi dimulai ketika pasien keluar dari ruang bedah untuk masuk ke ruang pemulihan dan berakhir saat evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Aktivitas keperawatan pada fase ini adalah mengkaji efek agen anestesi, memantau fungsi vital, dan mencegah komplikasi. Setelah itu fokus keperawatan adalah peningkatan penyembuhan pasien, melakukan penyuluhan kesehatan, perawatan tindak lanjut, dan rujukan yang penting untuk penyembuhan yang berhasil serta rehabilitasi diikuti dengan pemulangan.

#### 2.2.4 Keperawatan Pre Operasi Katarak

Pada tahap pre operasi perawat diharapkan dapat melakukan pengkajian terhadap fungsi fisiologis dan psikologis yang menentukan keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Paryanto, 2009: 152). Pengkajian fisik pasien katarak berfokus pada optimalisasi laser oftamologi. Pengkajian riwayat kesehatan diperlukan untuk menghindari komplikasi pada tahap intraoperasi dan pascaoperasi. Pasien yang memiliki riwayat gangguan glukosa darah dan hipertensi perlu diberi tindakan sebelum operasi karena akan mempengaruhi



proses intraoperasi. Perawat juga harus mengkaji riwayat alergi obat-obatan. Keluhan yang akan ditemukan pada pengkajian fisik pre operasi katarak antara lain penurunan lapang pandang secara bertahap yang tidak nyeri, pandangan kabur, berkabut, pandangan ganda, mata sulit fokus pada kerja dekat, merasa di ruang gelap, melihat *halo* pada malam hari, pupil nampak kecoklatan atau putih susu dan peningkatan air mata (Muttaqin & Sari, 2009: 226).

Selain persiapan fisiologis, persiapan psikologis juga menjadi salah satu objek bagi perawat di rumah sakit dalam menjalankan peran pre operasi, diantaranya adalah dengan menentukan atau mengkaji status psikologis pasien serta mendengarkan keluhan bersifat psikologis yang dirasakan pasien terhadap tindakan operasi yang akan dijalaninya (Baradero, 2012: 7). Masalah keperawatan yang muncul pada pre operasi adalah kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72). Intervensi keperawatan untuk persiapan psikologis pre operasi yaitu mengatasi tingkat kecemasan.

## **2.3 Konsep Kecemasan**

### **2.3.1 Pengertian Kecemasan**

Kecemasan adalah perasaan takut terhadap sesuatu yang belum jelas dan tidak didukung oleh situasi. Saat mengalami kecemasan, seseorang merasa ada malapetaka yang akan menimpanya padahal hal itu adalah emosi yang belum jelas (Videbeck, 2008: 307). Kecemasan berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti terhadap objek yang tidak spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya.



Kecemasan merupakan respon psikologis terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2006: 144). Respon psikologis kecemasan adalah ringan, sedang, berat, dan panik tergantung dari masing-masing individu (Peplau dalam Suliswati, 2005: 109).

### 2.3.2 Penyebab Kecemasan

Stuart dalam Wahyuni (2015:24-27) menjelaskan bahwa penyebab kecemasan adalah faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

#### a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi kecemasan.

Faktor predisposisi kecemasan diuraikan melalui beberapa teori yaitu:

##### 1. teori psikoanalitis

Menurut teori psikoanalitis kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id adalah dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya;

##### 2. teori interpersonal

Menurut 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;

### 3. teori perilaku

Menurut teori perilaku kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan. 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;

### 4. kajian keluarga

Menurut teori kajian keluarga kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan terkadang juga terjadi tumpang tindih dengan kejadian depresi; dan

### 5. kajian biologis

Menurut teori kajian biologis otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan *neuro regulator inhibisi asam gama-amino butirat* (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stresor.

## b. Faktor presipitasi

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

### 1. Faktor eksternal

- a. Ancaman terhadap integritas fisik, meliputi disabilitas fisiologis atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (penyakit, trauma fisik, operasi yang akan dilakukan).
- b. Ancaman terhadap sistem diri, meliputi segala ancaman yang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

### 2. Faktor internal

- a. Usia, seseorang yang mempunyai usia lebih muda akan lebih mudah mengalami gangguan kecemasan.
- b. Jenis kelamin, gangguan kecemasan lebih sering dialami oleh wanita daripada laki-laki. Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dikarenakan wanita lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.
- c. Tingkat pengetahuan, dengan pengetahuan yang dimiliki, individu akan dapat menurunkan kecemasan yang dialami ketika mempersepsikan suatu hal. Pengetahuan biasanya diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dialami individu.

- d. Tipe kepribadian, orang yang memiliki kepribadian 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.
- e. Lingkungan dan situasi, seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan berada di lingkungan yang biasa ditempati.

Menurut Suliswati dkk (2005: 114) faktor presipitasi adalah semua ketegangan dalam hidup yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Faktor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi 2 bagian, yaitu:

1. ancaman integritas fisik
  - a. Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis imun, regulasi suhu tubuh, perubahan fisiologis normal (misalnya hamil); dan
  - b. Sumber eksternal, meliputi paparan infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, dan tidak adekuatnya tempat tinggal.
2. ancaman terhadap harga diri
  - a. Sumber internal, meliputi kesulitan dalam hubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri; dan
  - b. Sumber eksternal, meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, dan sosial budaya.

Menurut Lutfa dan Maliya (2008: 188) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan operasi adalah sebagai berikut.

a. Faktor-faktor intrinsik, antara lain:

1. usia pasien

Menurut Kaplan dan Sadock dalam Lutfa dan Maliya (2008: 188) gangguan kecemasan lebih sering terjadi pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun;

2. pengalaman pasien menjalani pengobatan

Kaplan dan Sadock dalam Lutfa dan Maliya (2008: 188) menjelaskan bahwa pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman yang sangat berharga. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang pengobatan kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan pengobatan selanjutnya;

3. konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu untuk berhubungan dengan orang lain. Menurut Stuart & Suden dalam Lutfa dan Maliya (2008: 188) peran adalah pola, sikap, perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. Banyak faktor yang mempengaruhi peran seperti kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang lain yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dijalankannya, serta keselarasan

budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Selain itu terjadinya situasi yang menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran, akan mempengaruhi kehidupan individu. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat akan cenderung mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

b. Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain:

1. kondisi medis (diagnosis penyakit)

Terjadinya kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan, walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien yang mendapatkan diagnosa operasi akan lebih mempengaruhi tingkat kecemasan pasien dibandingkan dengan pasien yang dengan diagnosa baik atau tidak mendapat diagnosa untuk operasi;

2. tingkat pendidikan

Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan (Notoatmodjo, 2000). Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya;

3. akses informasi

Akses informasi merupakan pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapat berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi yang akan didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan, proses, risiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi (Smeltzer & Bare dalam Lutfi & Maliya, 2008: 188);



#### 4. proses adaptasi

Kozier and Oliveri dalam Lutfu dan Maliya (2008: 188) menjelaskan bahwa tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber dimana individu berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru;

#### 5. tingkat sosial ekonomi

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah memiliki prevalensi gangguan psikiatrik yang lebih banyak. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien menghadapi tindakan operasi.

#### 6. tindakan operasi

Adalah klasifikasi tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang (Muttaqin & Sari, 2009: 72).

#### 7. komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Pasien sangat membutuhkan penjelasan yang baik dari perawat. Komunikasi yang baik diantara mereka akan menentukan tahap tindakan selanjutnya. Pasien yang cemas

saat akan menjalani tindakan pengobatan seperti operasi kemungkinan akan mengalami efek yang tidak menyenangkan akan semakin tinggi.

### 2.3.3 Respon Terhadap Kecemasan

Menurut Suliswati dkk (2005: 115) respon kecemasan dikelompokkan menjadi respon langsung dan tidak langsung. Respon langsung diekspresikan dengan respon fisiologis dan psikologis, dan secara tidak langsung melalui pengembangan mekanisme koping yaitu respon kognitif dan afektif.

#### a. Respon fisiologis

Secara fisiologis kecemasan akan mengaktifkan sistem saraf otonom (saraf simpatis dan parasimpatis). Saraf simpatis akan mengaktifkan proses tubuh, sedangkan parasimpatis akan meminimalkan respon tubuh. Saat korteks otak menerima rangsang akan dikirim melalui saraf simpatis ke kelenjar adrenal yang akan melepaskan adrenalin dan epinefrin sehingga efeknya antara lain nafas menjadi dalam, nadi meningkat, dan tekanan darah meningkat. Darah akan tercurah ke jantung, saraf pusat, dan otot. Dengan peningkatan glikogenolisis maka gula darah akan meninggi.

#### b. Respon psikologis

Kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi koordinasi dan gerak reflek. Salah satu contohnya adalah terjadi kesulitan mendengar yang akan mengganggu hubungan dengan orang lain. Hubungan dengan orang lain terganggu membuat individu menarik diri dan menurunkan keterlibatan dengan orang lain.

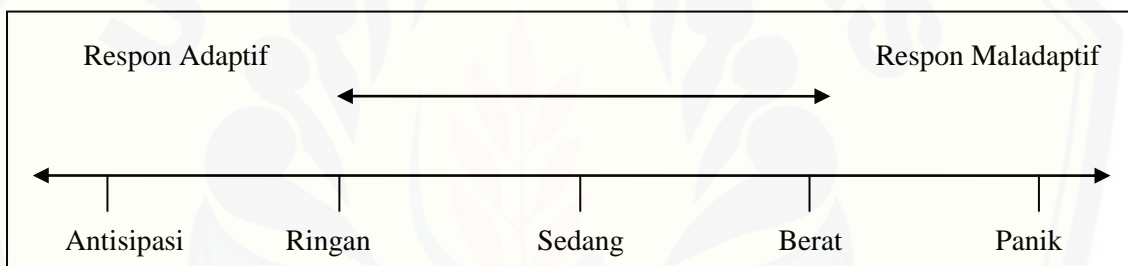
### c. Respon kognitif

Kecemasan dapat mempengaruhi isi pikir maupun proses pikir, misalnya tidak mampu memperhatikan, konsentrasi menurun, mudah lupa, menurunnya lapang persepsi, dan bingung.

### d. Respon afektif

Respon afektif pasien terhadap kecemasan adalah mengekspresikan kebingungan dan curiga yang berlebihan.

#### 2.3.4 Rentang Respon Kecemasan



Gambar 2.2 Rentang respon kecemasan (Stuart, 2006: 109)

#### 2.3.5 Tingkat Kecemasan

Kecemasan menurut Peplau dalam Suliswati dkk (2005: 109) ada 4 tingkat yaitu, ringan, sedang, berat dan panik. Semakin tinggi tingkat kecemasan individu maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis. Kapasitas untuk mengalami kecemasan diperlukan untuk bertahan hidup, namun tingkat kecemasan yang berat tidak sejalan dengan kehidupan. Tingkat kecemasan menurut Stuart (2006: 144) akan dijelaskan sebagai berikut:

a. kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada, menajamkan indera dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini meningkatkan motivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas;

b. kecemasan sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada suatu hal dan mempersempit lapang persepsi. Individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area;

c. kecemasan berat

Kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu akan berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu akan memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain; dan

d. panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsi karena mengalami kehilangan kendali. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Panik tidak sejalan dengan kehidupan jika dialami oleh individu dalam waktu yang lama, karena dapat menyebabkan kelelahan dan kematian.

### 2.3.6 Penilaian Kecemasan

#### a. Skala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Skala ini dibuat oleh Max Hamilton. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Kuesioner HARS terdiri dari 13 kategori pertanyaan tentang gejala kecemasan dan satu kategori perilaku saat wawancara yang terdiri dari skala yang umumnya ditemukan sebagai karakteristik dari kecemasan (6 gejala psikologis dan 7 gejala fisiologis). Skor HARS diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-56. Reliabilitas kuesioner ini menggunakan koefisien reliabilitas spearman-brown adalah 0,83 dan validitasnya adalah 0,77 (Mc Dowell dalam Fiandini, 2010: 19).

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

Skala ini diciptakan oleh Charles D. Spielberg. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal. Kuesioner STAI adalah kuesioner yang terdiri dari 2 kategori yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety*. Skor STAI diberi skor dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 0-60 untuk masing-masing kategori. Reliabilitas kuesioner ini adalah 0,65 dan validitasnya adalah 0,69 (Mc Dowell dalam Fiandini, 2010: 19).

#### c. Skala *Zung Self Rating Anxiety Scale* (SAS)

Skala ini diciptakan oleh William W.K. Zung. Tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai kekacauan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Skala SAS ada 20 soal yang terdiri dari skala yang umumnya ditemukan sebagai karakteristik dari kecemasan (5 afektif dan 15 gejala somatik). Lima soal

merupakan gejala positif dan 15 soal merupakan gejala negatif. Skor SAS dengan menilai tiap soal untuk menghasilkan jumlah skor antara 20-80. Reliabilitas data tidak tersedia dan validitas SAS bersama signifikan korelasi validitas dengan Taylor (Mc Dowell dalam Fiandini, 2010: 20).

Moerman *et al.* mengembangkan *Skala Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) pada tahun 1996. Awalnya ditulis di Belanda, kuesioner ini terdiri dari 6 item laporan yang mewakili kecemasan dan kebutuhan informasi dalam 5 poin skala Likert dengan korelasi yang tinggi dengan STAI ( $r = 0,74$ ). *Skala Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (MALAY-APAIS)

Dari versi asli Belanda, kuesioner APAIS telah diterjemahkan ke berbagai bahasa lain seperti Inggris, Jepang, Perancis, dan Jerman dengan konsistensi validitas dan reliabilitas. APAIS adalah instrumen yang sederhana dan handal sebagai alat standar untuk menilai kecemasan pre operasi di seluruh dunia (Moerman, 1996: 445).

#### **2.4 Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak**

Operasi dapat menyebabkan kecemasan pada pasien sebelum proses operasi dimulai. Hal ini akan berakibat buruk jika tidak segera diatasi, karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan serta mempengaruhi terhadap pelaksanaan atau penundaan operasi (Muttaqin dan Sari, 2009: 74). Sama seperti operasi lainnya, operasi katarak memiliki ancaman potensial maupun aktual pada integritas individu yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun



psikologis, dan merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2008: 7). Kecemasan berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti terhadap objek yang tidak spesifik. Kondisi dialami secara subjektif dengan rasa takut yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Kecemasan merupakan respon psikologis terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2006: 144). Respon psikologis kecemasan adalah ringan, sedang, berat, dan panik tergantung dari masing-masing individu (Peplau dalam Suliswati, 2005: 109).

Kecemasan yang dirasakan pasien pre operasi katarak disebabkan oleh ketidaktahuan pasien tentang proses penyakit dan cara mengobatinya, juga diakibatkan oleh rasa khawatir kehilangan fungsi penglihatan seumur hidup sehingga akan membebani anggota keluarga yang lain (Wahyuni, 2015: 78). Perawat harus membantu mengatasi kecemasan pasien sebelum proses operasi dimulai. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif oleh pasien merupakan penyebab utama terjadinya kejadian patologis. Kecemasan yang berlebihan, syok atau keadaan serius lainnya yang terjadi disertai ketidakadekuatan sistem kardiovaskuler mengalirkan darah keseluruh tubuh dengan jumlah yang memadai, dapat menyebabkan gangguan peredaran darah dan gangguan perfusi organ vital, seperti jantung dan otak. Hal ini akan berakibat buruk jika tidak segera diatasi, karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan serta mempengaruhi proses operasi (Muttaqin & Sari, 2009: 74).

Pasien pre operasi katarak yang mengalami tekanan darah tinggi dapat meningkatkan tekanan bola mata sehingga akan menyulitkan dokter dalam menanamkan lensa intraokuler sebagai pengganti lensa yang mengalami katarak (Budiman, Knoch, & Sitompul, 2013). Selain terjadi peningkatan tekanan darah, akan terjadi juga peningkatan glikogenolisis yang akan menyebabkan gula darah meninggi saat terjadi kecemasan pada pasien pre operasi katarak (Suliswati dkk, 2005: 115). Gula darah yang tinggi membuat lensa mengalami perlengketan dengan kapsul posteriornya sehingga waktu untuk mengeluarkan kataraknya cukup lama dan membutuhkan teknik khusus. Selain itu kapsul posterior lensa semakin rapuh sehingga mudah pecah dan terjadi prolaps cairan vitreus. Hal tersebut akan mempersulit dilakukan penanaman lensa okuler bahkan kemungkinan tidak bisa dilakukan penanaman, sehingga membuat tajam penglihatan setelah operasi tidak bisa maksimal (Budiman, Knoch, & Sitompul, 2013). Pasien yang memiliki riwayat gangguan gula darah dan hipertensi perlu diberi tindakan sebelum operasi sebab akan mempengaruhi proses intraoperasi (Muttaqin & Sari 2009: 226).

#### 2.4.1 Intervensi Keperawatan Terhadap Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak

Sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berperan pada tahap perioperasi, perawat mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang holistik. Perawat memandang pasien sebagai makhluk bio-psiko-sosiokultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan atau pada keadaan krisis (Yani, 2008: 1). Sikap perawat

diharapkan dapat melakukan pengkajian terhadap fungsi fisiologis dan psikologis yang menentukan keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (Paryanto, 2009: 152).

Selain persiapan fisiologis, persiapan psikologis juga menjadi salah satu objek bagi perawat di rumah sakit dalam menjalankan peran pre operasi, diantaranya adalah dengan menentukan atau mengkaji status psikologis pasien serta mendengarkan keluhan bersifat psikologis yang dirasakan pasien terhadap tindakan operasi yang akan dijalannya (Baradero, Dayrit, & Siswadi, 2008: 7). Masalah keperawatan yang muncul pada pre operasi adalah kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72).

Intervensi mandiri keperawatan untuk persiapan psikologis pre operasi yaitu mengatasi tingkat kecemasan. Metode penatalaksanaan kecemasan mencakup pendekatan farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi untuk anti kecemasan adalah benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Terapi farmakologi anti kecemasan lainnya adalah buspiron (Buspar) dan berbagai antidepresan (Isaacs dalam Pangastuti, 2011). Pendekatan farmakologi lebih mahal, dan berpotensi mempunyai efek yang kurang baik. Sedangkan metode non farmakologi lebih murah, sederhana, efektif dan tanpa efek yang merugikan (Burns & Blamey dalam Elvianur, 2011). Salah satu tindakan non farmakologi yang dapat dilakukan mandiri oleh perawat untuk menangani kecemasan adalah teknik distraksi (Potter & Perry, 2006: 1523).

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan kecemasan dengan mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan menurunkan kecemasan yang dialami. Stimulus sensori dari metode distraksi menyebabkan pelepasan hormon endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas dan mengakibatkan lebih sedikit stimulus cemas yang ditransmisikan ke otak (Potter & Perry, 2005: 1525).

Salah satu teknik distraksi yaitu terapi musik (Young & Koopsen dalam Elvianur, 2011). Dalam perkembangannya, musik memiliki efek terapi dalam mengatasi gangguan suasana hati, seperti kecemasan (Al-Firdaus dalam Rompas, 2013: 2). Pernyataan tersebut didukung oleh Robbert dalam Elvianur (2011) yang menjelaskan karakteristik musik yaitu: (a) distraksi, yaitu musik dapat mengalihkan konsentrasi pasien pada hal-hal yang menyenangkan, (b) relaksasi, musik menyebabkan pernafasan menjadi lebih rileks dan menurunkan denyut jantung, karena orang yang mengalami cemas denyut jantung meningkat, (c) menciptakan rasa nyaman, pasien yang berada pada ruang perawatan dapat merasa cemas dengan lingkungan yang asing baginya dan akan merasa lebih nyaman jika mereka mendengarkan musik yang mempunyai arti bagi mereka.

Musik adalah bagian integral dalam peribadatan lintas budaya dan agama, mampu menenangkan jiwa, menjadi sarana untuk memusatkan diri pada kesadaran spiritual, serta mengangkat seseorang pada sebuah situasi damai, hening, dan sadar akan diri sendiri (Young & Koopsen dalam Elvianur, 2011). Kepercayaan spiritualitas memainkan peranan penting dalam menghadapi kecemasan (Muttaqin & Sari, 2009: 72). Beberapa penelitian telah menunjukkan

penurunan kecemasan pada pasien yang menggunakan doa maupun praktik spiritualitas lainnya (King dalam Rompas 2013: 2).

Spiritualitas (membacakan doa sesuai agama dan keyakinannya) menjadi salah satu distraksi yang efektif karena dapat menurunkan hormon-hormon stressor, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Pangastuti, 2011). Salah satu terapi yang menjadi bagian dari terapi musik dan terapi spiritualitas adalah terapi murottal Al-Qur'an.

## **2.5 Murottal Al-Qur'an**

### **2.5.1 Pengertian Murottal Al-Qur'an**

Terapi murottal Al-Qur'an dapat diartikan sebagai rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori' (pembaca Al-Qur'an) (Purna dalam Handayani, 2014: 3). Murottal Al-Qur'an merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya (Widayarti dalam Handayani 2014: 2). Hady (2012: 78) menjelaskan terapi murottal Al-Qur'an adalah terapi bacaan Al-Qur'an yang merupakan terapi religi dimana seseorang dibacakan ayat-ayat Al-Qur'an selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang. Menurut beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan



bahwa Murottal Al-Qur'an adalah bacaan ayat suci Al-Qur'an yang dibaca oleh qori', direkam, dan dapat digunakan untuk terapi religi.

### 2.5.2 Efek Murottal Al-Qur'an Terhadap Respon Tubuh

Rangsangan Murottal Al-Qur'an sebagai bagian dari terapi musik adalah meningkatkan pelepasan endorfin dan dapat menurunkan kebutuhan akan obat-obatan. Pelepasan tersebut memberikan suatu pengalihan perhatian dari rasa sakit dan dapat menimbulkan ketenangan (Campbell, 2001: 9). Mekanisme cara kerja musik sebagai alat terapi yaitu mempengaruhi semua organ sistem tubuh. Menurut teori Candace Pert bahwa neuropeptida dan reseptor-reseptor biokimia yang dikeluarkan oleh hypothalamus berhubungan erat dengan kejadian emosi. Sifat rileks mampu mengurangi kadar kortisol, epinefrin-norepinefrin, dopamin dan hormon pertumbuhan di dalam serum (Nicholas & Humenick, 2002).

Murottal Al-Qur'an adalah salah satu musik dengan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif bagi pendengarnya (Wijaya dalam Handayani, 2014: 8). Menurut Smith dalam Handayani (2014: 8) intensitas suara yang rendah merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Terapi murottal Al-Qur'an dapat menstimulasi gelombang alpha yang akan menyebabkan pendengarnya mendapat keadaan yang tenang, tentram, dan damai (Permanasari dalam Wahida, Nooryanto, & Andraini, 2015: 214).

Menurut Purna dalam Handayani (2014: 8), murottal Al-Qur'an adalah lantunan ayat-ayat suci Al-Quran yang di lagukan oleh seorang qori', direkam,



dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis. Bacaan murottal Al-Qur'an sebagai penyembuh penyakit jasmani dan rohani melalui suara, intonasi, makna ayat-ayat yang dapat menimbulkan perubahan baik terhadap organ tubuh manusia. Meskipun murottal Al-Qur'an adalah bagian terapi musik, namun penelitian oleh Widhowati dalam Wahida, Nooryanto, dan Andraini (2015: 216) menjelaskan bahwa terapi murottal Al-Qur'an lebih efektif meningkatkan ketenangan dibandingkan dengan terapi musik klasik pada pasien dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa. Murottal Al-Qur'an mempunyai dua poin penting, yaitu memiliki irama yang indah dan juga secara psikologis dapat memotivasi serta memberikan semangat dalam menghadapi stresor yang sedang dihadapi. Terapi musik memang dapat menurunkan tingkat kecemasan yang dapat terlihat dari menurunnya ketegangan, pernafasan, tekanan darah, nadi (respon fisiologis). Akan tetapi setelah terapi musik selesai dilaksanakan, pasien kembali dihadapkan pada kenyataan stresor yang akan dihadapinya, sehingga rasa cemas kembali meningkat (Faradisi dalam Handayani, 2014: 12).

Bacaan murottal Al-Qur'an mempunyai irama yang konstan, teratur dan tidak ada perubahan irama yang mendadak. Tempo murottal Al-Qur'an juga berada antara 60-70/menit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek meningkatkan ketenangan (Handayani, 2014: 6). Lantunan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, ketegangan, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat laju pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas

gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik (Heru dalam Handayani, 2014: 6).

Al-kaheel dalam Handayani (2014: 8) menjelaskan bahwa membaca atau mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga memperlambat laju pembuluh darah, nadi dan denyut jantung. Terapi murottal Al-Qur'an ketika diperdengarkan pada manusia akan membawa gelombang suara dan mendorong otak untuk memproduksi zat kimia *neuropeptide*. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor didalam tubuh sehingga hasilnya tubuh merasa nyaman. Handayani (2014: 12) membuktikan dalam penelitiannya bahwa murottal Al-Qur'an mampu memacu sistem saraf parasimpatis yang mempunyai efek berlawanan dengan sistem saraf simpatis. Sehingga terjadi keseimbangan pada kedua sistem saraf autonom tersebut. Hal inilah yang menjadi prinsip dasar dari timbulnya respon relaksasi, yaitu terjadi keseimbangan antara sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis.

Semua proses fisiologis terapi murottal Al-Qur'an direkam oleh Ahmed al Qhadi dalam *system detector elektronik* yang didukung komputer untuk mengukur perubahan dalam fisiologis organ tubuh. Penelitian Ahmed al Qhadi mengungkapkan bahwa ketegangan berpotensi mengurangi daya tahan tubuh yang disebabkan terganggunya keseimbangan psikologis dan fungsi organ tubuh untuk melawan sakit atau membantu proses penyembuhan. Sebanyak 97 % responden, baik muslim maupun non-muslim, baik yang mengerti bahasa arab maupun tidak,

mengalami beberapa perubahan fisiologis yang menunjukkan ketenangan dan menurunkan ketegangan urat saraf reflektif (Remolda, 2009).

Terapi murottal Al-Qur'an membuat kualitas kesadaran individu terhadap Tuhan akan meningkat, baik individu tersebut tahu arti Al-Quran atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan kepasrahan sepenuhnya kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak berada pada gelombang alpha. Keadaan ini merupakan keadaan energi otak pada frekuensi 7-14 Hz. Keadaan ini merupakan keadaan optimal sistem tubuh dan dapat menurunkan stres dan menciptakan ketenangan (MacGregor dalam Handayani, 2014: 13). Dalam keadaan tenang, otak dapat berpikir dengan jernih dan dapat melakukan perenungan tentang adanya Tuhan, setelah itu akan terbentuk koping, atau harapan positif pada pasien (Khrisna dalam Handayani, 2014: 13).

Mustamir (2009: 4) menjelaskan bahwa bacaan Al-Qur'an yang paling baik digunakan untuk menurunkan kecemasan adalah bacaan Surat Al-Fatihah, karena di dalamnya terkandung intisari dari Al-Qur'an. Selain Surat Al-Fatihah, Surat An-Naas, Al-Falaq, dan Al-Ikhlâs merupakan Surat yang mempunyai munasabah atau keterkaitan antar ayat atau surat dengan Surah Al-Fatihah sehingga mempunyai hubungan sejajar atau paralel (Djalal, 2000). Menurut Wahida, Nooryanto, dan Andraini (2015: 215) Surat Ar-Rahman terbukti dapat meningkatkan kadar  $\beta$ -Endorphin yang berpengaruh terhadap ketenangan.

Penelitian menunjukkan ayat-ayat Al-Qur'an memiliki efek terhadap ketenangan. Penelitian yang menunjukkan hasil tersebut adalah penelitian Yana,

Utami, dan Safri (2015: 1378). Intervensi yang diberikan kepada responden dalam penelitian tersebut dengan memberikan terapi murottal Al-Qur'an selama 15 menit yang terdiri dari bacaan surat Al-Fatihah selama 1 menit, surat Ar-Rahman selama 12 menit, surat Al-Ikhlash, Al-Falaq, dan An-Naas selama 2 menit. Bacaan surat tersebut dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait. Murottal Al-Qur'an didengarkan melalui headset yang dihubungkan dengan *MP3 Player*. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa saat mendengarkan murottal Al-Qur'an otak berada pada gelombang alpha. Keadaan ini merupakan keadaan energi otak pada frekuensi 7-14 Hz. Keadaan ini merupakan keadaan optimal sistem tubuh dan dapat menurunkan stres serta menciptakan ketenangan.

### 2.5.3 Alur Pelaksanaan Terapi Murottal Al-Qur'an

Penelitian yang dilakukan oleh Cooke, Chaboyer dan Hiratos dalam Handayani (2014: 3), mendapatkan hasil bahwa terapi murottal Al-Qur'an diperdengarkan menggunakan tape recorder, pita kaset bacaan Al-Qur'an atau *ear phone*, diperdengarkan selama 15 menit memberikan dampak psikologis kearah positif berupa ketenangan jiwa.

Terapi musik memiliki langkah-langkah dalam pelaksanaannya (Potter dan Perry, 2006: 1532). Murottal Al-Qur'an sebagai bagian dari terapi musik dapat menggunakan langkah-langkah tersebut.

- a. Pilih ayat Al-Qur'an yang akan diperdengarkan. Penelitian ini akan menggunakan ayat Al-Qur'an yaitu Al-Fatihah, Ar-Rahman, Al-Ikhlash, Al-

Falaq, dan An-Naas, dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait yang dapat menciptakan ketenangan (Yana, Utami, dan Safri, 2015: 1378).

- b. Gunakan *earphone* supaya tidak mengganggu pasien atau staf yang lain dan membantu pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an.
- c. Pastikan tombol-tombol *mp3 player* mudah ditekan.
- d. Minta pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an dan mengikuti irama yang dilantunkan qori'.
- e. Instruksikan pasien untuk tidak menganalisa murottal Al-Qur'an: "Nikmati murottal Al-Qur'an kemana pun alunannya membawa anda".
- f. murottal Al-Qur'an harus didengarkan minimal 15 menit supaya dapat memberikan efek terapeutik.

## 2.6 Hubungan Murottal Al-Qur'an Terhadap Kecemasan

Salah satu teknik distraksi yang digunakan untuk mengatasi kecemasan adalah terapi murottal Al-Qur'an (mendengarkan bacaan ayat-ayat suci Al-Qur'an) (Handayani, 2014: 2). Murottal Al-Qur'an merupakan bagian instrumen musik yang memiliki proses untuk menurunkan kecemasan. Harmonisasi dalam musik yang indah akan masuk telinga dalam bentuk suara (audio), menggetarkan gendang telinga, mengguncangkan cairan di telinga dalam, serta menggetarkan sel-sel rambut di dalam koklea untuk selanjutnya melalui saraf koklearis menuju otak dan menciptakan imajinasi keindahan di otak kanan dan otak kiri yang akan memberikan dampak berupa kenyamanan dan perubahan perasaan. Perubahan

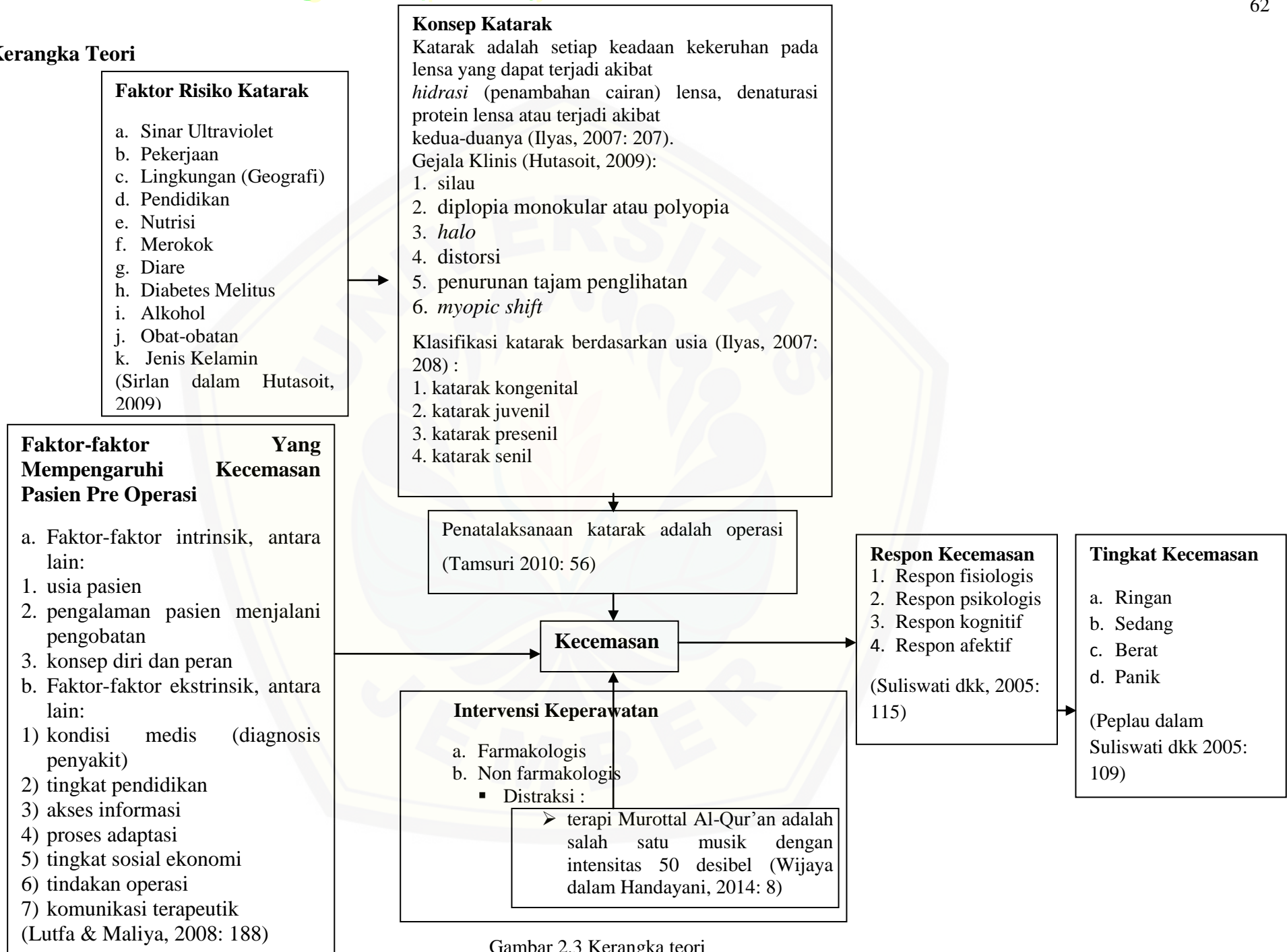


perasaan ini diakibatkan karena musik dapat menjangkau wilayah kiri korteks celebri (Mindlin, 2009).

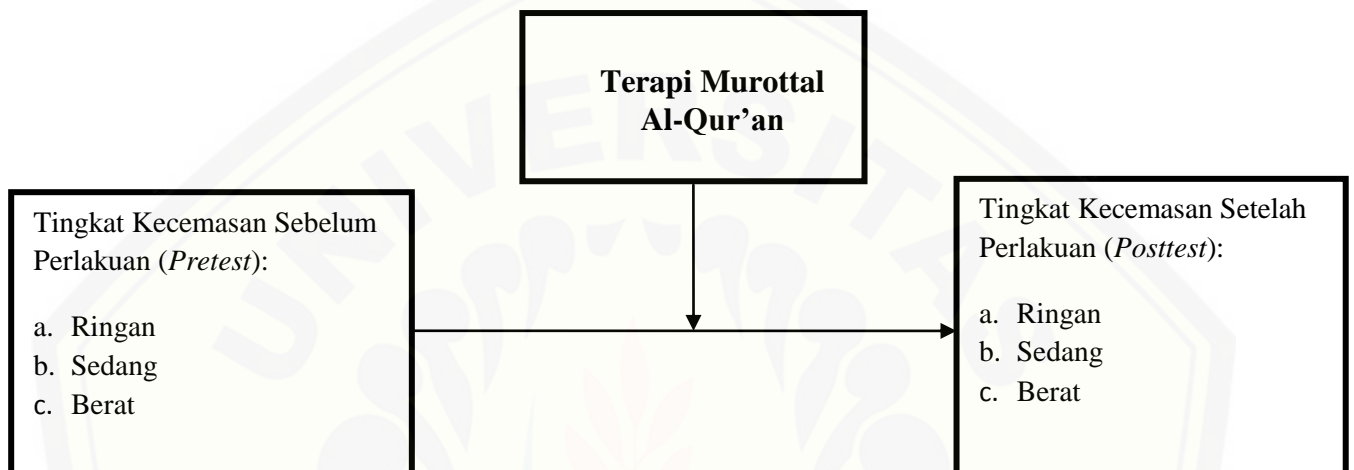
Setelah korteks limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, dan meneruskan sinyal musik ke *amigdala* yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, sinyal kemudian diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus merupakan area pengaturan sebagian fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti banyak aspek perilaku emosional lainnya. Jaras pendengaran kemudian diteruskan ke *formatio retikularis* sebagai penyalur impuls menuju seraf otonom. Seraf tersebut mempunyai dua sistem saraf, yaitu saraf simpatis dan saraf parasimpatis. Kedua saraf ini dapat mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organ tubuh. Relaksasi dapat merangsang pusat rasa ganjaran sehingga timbul ketenangan (Ganong, 2005: 411).



2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka teori

**BAB 3. KERANGKA KONSEP****3.1 Kerangka Konsep**

Keterangan:

= diteliti

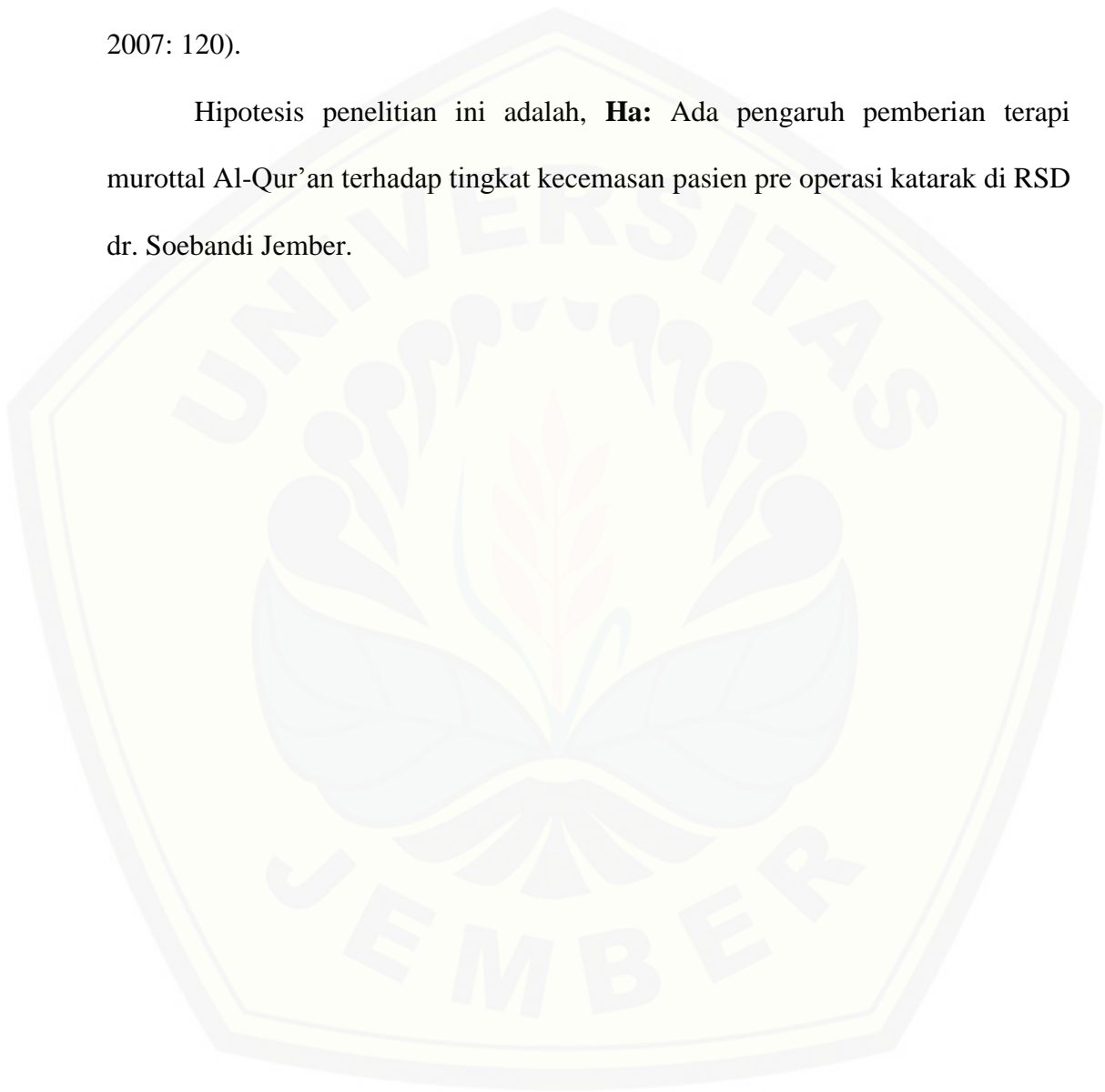
→ = berpengaruh diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konsep

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah kesimpulan teoritis yang masih harus dibuktikan kebenarannya melalui analisis terhadap bukti-bukti empiris (Setiadi, 2007: 120).

Hipotesis penelitian ini adalah, **H<sub>a</sub>**: Ada pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

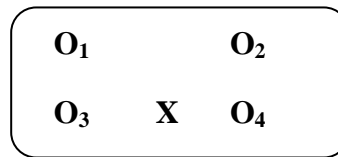


## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah *quasi experimental* dengan desain penelitian *pretest-posttest with control group*. *Pretest-posttest with control group design* adalah desain *quasi experiment* dengan melakukan *pretest* sebelum memberikan perlakuan dan melakukan *posttest* setelah memberikan perlakuan. Desain penelitian ini mempunyai kelompok eksperimen dan kelompok kontrol serta penetapan sampel yang tidak acak.

Dasar perhitungan dalam menentukan ada atau tidak adanya pengaruh perlakuan yaitu dengan membedakan nilai rata-rata antara  $O_1$  dan  $O_2$  serta perbedaan  $O_3$  dan  $O_4$  (Marliani, 2013:139). Penelitian ini akan menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pada tahap awal peneliti akan mengkaji tingkat kecemasan dari sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (*pretest*), kemudian kelompok eksperimen diberikan perlakuan berupa terapi murottal Al-Qur'an sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan terapi murottal Al-Qur'an. Pada tahap akhir peneliti mengkaji kembali tingkat kecemasan dari sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (*posttest*).



Gambar 4.1 Bentuk desain penelitian *pretest-posttest with control group*.

Keterangan:

- O<sub>1</sub> : Kelompok kontrol sebelum perlakuan (Pretest)  
O<sub>2</sub> : Kelompok kontrol setelah perlakuan (Posttest)  
X : Perlakuan terapi Murottal Al-Qur'an  
O<sub>3</sub> : Kelompok eksperimen sebelum perlakuan (Pretest)  
O<sub>4</sub> : Kelompok eksperimen setelah perlakuan (Posttest)

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan penelitian yang akan kita lakukan (Sabri dan Hartono, 2006: 4). Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Setiadi, 2007: 175). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien pre operasi katarak yang berada di RSD dr. Soebandi Jember bulan Mei sampai Juni tahun 2016.

### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai atau karakteristiknya kita ukur dan akan dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Notoatmodjo

dalam Setadi, 2007: 177). Sampel penelitian ini adalah pasien pre operasi katarak sesuai kriteria penelitian yang berada di ruang rawat inap sebelum operasi pada bulan Mei-Juni 2016. Menurut Sugiyono (2011: 91) ukuran sampel yang layak untuk penelitian eksperimen adalah antara 10 sampai 20. Peneliti menetapkan 20 sampel dalam penelitian ini. Peneliti membagi sampel tersebut masing-masing 10 sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Setiadi, 2007: 181). Pendekatan teknik *non probability sampling* ini dengan *quota sampling*. *Quota sampling* yaitu teknik untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang terpenuhi (Setiadi, 2007: 184).

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Menurut Setiadi (2007: 178) ada 2 kriteria sampel penelitian yang perlu dicantumkan, yaitu kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab. Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



a. kriteria inklusi

1. Pasien pre operasi katarak yang mengalami kecemasan.
2. Pasien pre operasi katarak yang beragama islam.
3. Mengalami katarak pada salah satu mata dan masih bisa melihat.
4. Kondisi pasien stabil secara psikologis (sehat secara mental) dan fisiologis (kesadaran *compos mentis*).
5. Pasien berada di rawat inap 1 hari sampai 1 jam menjelang operasi.
6. Umur pasien 40-70 tahun.
7. Pasien bersedia menjadi responden.

b. kriteria eksklusi

1. Pasien dengan gangguan pendengaran.
2. Pasien mengkonsumsi obat-obatan yang dapat menurunkan kecemasan.
3. Pasien dengan klasifikasi pembedahan *emergency*.
4. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak bersedia menjadi responden penelitian.

### 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 atau se-Karesidenan Besuki (Jember, Bondowoso, Situbondo & Banyuwangi).

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal penelitian sampai dengan laporan hasil penelitian serta publikasi penelitian dari bulan September 2015 sampai Juni 2016.



## 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Alat ukur	Skala	Skor
1	variabel bebas : Terapi Murottal Al-Qur'an	Terapi yang diberikan kepada pasien dengan cara memperdengarkan ayat-ayat suci Al-Qur'an, dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan pasien, menggunakan alat-alat musik yaitu <i>mp3 player</i> dan <i>earphone</i> , diperdengarkan selama 15 menit, ayat Al-Qur'an yang diberikan adalah Al-Fatihah selama 1 menit, Ar-Rahman selama 12 menit, Al-Ikhlas, Al-Falaq serta An-Naas selama 2 menit, dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait untuk mendapatkan ketenangan pada pasien pre operasi katarak.	-	-	-
2	variabel terikat: tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak	Keadaan yang tidak menyenangkan ditandai perubahan psikologis seperti merasa marah, curiga yang berlebihan dan dapat mengakibatkan pengaruh pada fisiologis seperti detak jantung yang cepat, sakit kepala dan pundak, merasa lemas dan mudah lelah, mengalami gangguan pencernaan, serta mengalami mimpi buruk.	Kuesioner skala kecemasan <i>Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)</i>	Interval	Skor skala kecemasan (1,2,4 & 5) : 4-20

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Data primer merupakan data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Setiadi, 2007: 188). Data primer dalam penelitian ini didapatkan menggunakan kuesioner *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) yang telah dimodifikasi oleh peneliti untuk mengkaji tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak. Data pengkajian tingkat kecemasan dengan kuesioner APAIS yang telah dimodifikasi tersebut diambil sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan atau instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007: 188). Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah data jumlah pasien yang menjalani operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember selama bulan Mei-Juni tahun 2016.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini didapatkan dengan cara memberikan kuesioner kepada responden untuk mengetahui tingkat kecemasan yang dialami pasien berpedoman pada skala kecemasan APAIS yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Pengumpulan data dilakukan saat sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. peneliti akan menentukan sepasang subjek untuk menjadi responden yang akan menjadi kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sesuai dengan kriteria penelitian;
- b. peneliti akan meminta kesediaan sepasang subjek tersebut untuk menjadi responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol serta meminta kesediaan menandatangani *informed consent*;
- c. peneliti akan memberikan kuesioner kepada responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol untuk mengetahui kecemasan yang dialami dengan menggunakan kuesioner kecemasan APAIS yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Kemudian peneliti menentukan tingkat kecemasan responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berdasarkan kuesioner tersebut sebagai data *pretest*;
- d. menjelaskan kepada responden kelompok eksperimen tentang tahap pemberian terapi murottal Al-Qur'an sesuai *standard operating procedure (SOP)*;
- e. memandu dan mengajarkan responden kelompok eksperimen untuk melakukan terapi murottal Al-Qur'an. Terapi murottal Al-Qur'an akan diperdengarkan menggunakan *mp 3 player* dan *earphone* selama 15 menit, ayat Al-Qur'an yang diberikan adalah Al-Fatihah selama 1 menit, Ar-Rahman selama 12 menit, Al-Ikhlash, Al-Falaq serta An-Naas selama 2 menit, dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait;

- f. beberapa saat setelah perlakuan, peneliti memberikan kuesioner kembali untuk mengetahui kecemasan yang dirasakan responden pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menggunakan kuesioner kecemasan APAIS yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Kemudian peneliti menentukan tingkat kecemasan responden kelompok eksperimen dan kelompok kontrol berdasarkan kuesioner tersebut sebagai data *posttest*;
- g. proses pengumpulan data pada satu pasang responden (*pretest*, memberikan perlakuan terapi murottal Al-Qur'an untuk kelompok eksperimen, dan *posttest*) akan dilaksanakan dalam satu 1 kali pertemuan.

#### 4.6.3 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data lembar kuesioner untuk tingkat kecemasan. Pada variabel tingkat kecemasan menggunakan kuesioner APAIS yang telah dimodifikasi oleh peneliti untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak. Kuesioner ini terdiri dari 6 soal yang terdiri dari 4 pertanyaan (1,2,4, & 5) untuk mengkaji kecemasan, dan 2 pertanyaan (3 & 6) untuk mengkaji kebutuhan informasi. Skor APAIS yang telah dimodifikasi oleh peneliti menggunakan skala Likert untuk penilaian kuesioner. Responden penelitian akan memberikan tanda *check list* (✓) pada pilihan skor yang tersedia yaitu Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 1, Tidak Setuju (TS) bernilai 2, Ragu-ragu (R) bernilai 3, Setuju (S) bernilai 4, dan Sangat Setuju (SS) bernilai 5.



#### 4.6.4 Uji *Standard Operating Procedure* (SOP)

Uji SOP digunakan untuk menguji SOP yang telah dibuat oleh peneliti layak digunakan sebagai alat ukur penelitian atau tidak. SOP terapi murottal Al-Qur'an yang telah dibuat oleh peneliti sudah dilakukan uji SOP. Uji SOP dilaksanakan pada 18 April 2016 di Kampus Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

#### 4.6.5 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Instrumen yang valid dan reliabel adalah syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang akurat, oleh karena itu diperlukan suatu uji validitas dan uji reliabilitas. Pelaksanaan uji validitas dan uji reliabilitas alat ukur diharapkan memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal (Setiadi, 2007: 202). Uji instrumen kuesioner penelitian ini dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember dengan jumlah pasien pre operasi katarak sebanyak 10 orang. Pasien pre operasi yang menjadi responden uji validitas dan reliabilitas tidak dimasukkan ke dalam responden untuk penelitian.

##### a. Uji Validitas

Uji validitas adalah ukuran sebuah instrumen penelitian yang dikatakan valid jika instrumen itu mampu mengukur yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Setiadi, 2007: 202). Kuesioner penelitian ini dilakukan uji validitas dengan *Pearson Product Moment* ( $r$ ). Dasar pengambilan keputusan adalah valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel dan tidak valid jika  $r$  hitung  $<$   $r$  tabel, dan

dengan taraf signifikansi 5% (Riwidikdo, 2007: 65). Nilai  $r$  tabel untuk  $n=10$  adalah 0,632 dan hasil pengukuran diketahui  $r$  hitung dalam rentang 0,978-0,988.

#### b. Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah untuk mengetahui alat ukur yang digunakan memiliki kesamaan apabila digunakan untuk pengukuran oleh orang yang berbeda atau waktu yang berbeda (Setiadi, 2007: 202). Daftar pernyataan dalam kuesioner yang sudah valid kemudian diuji reliabilitasnya dengan rumus *Alpha Cronbach* dan perhitungannya menggunakan program pengolah data di komputer. Dasar pengambilan keputusan adalah reliabel jika  $\alpha > 0,7$  (Riwidikdo, 2007: 66). Hasil perhitungan diketahui nilai  $\alpha$  sebesar  $0,95 > 0,7$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa semua daftar pernyataan kuesioner dinyatakan reliabel.

### 4.7 Pengolahan dan Analisa Data

#### 4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah proses untuk memperoleh data atau ringkasan data berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007: 188). Kegiatan pengolahan data adalah sebagai berikut:

##### a. *editing*

*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: 189). Setelah kuesioner yang disiapkan telah diisi, maka peneliti akan melakukan pemeriksaan

kembali pada setiap lembar kuesioner, yang meliputi pemeriksaan terhadap kelengkapan jawaban, keterbatasan tulisan, dan relevansi jawaban;

b. *coding*

*Coding* adalah mengklasifikasi jawaban-jawaban dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007: 189). Peneliti mengkode masing-masing jawaban sesuai dengan kode jawaban yang sudah ditetapkan. Pemberian *coding* dilakukan pada data karakteristik responden;

c. *entry*

*Entry* adalah proses memasukkan data ke dalam tabel kemudian diproses dengan program analisa data yang ada di komputer (Setiadi, 2007: 190). Data-data yang dimasukkan ke dalam program analisa data di komputer adalah hasil data langsung dari sumber data yaitu nilai kecemasan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan terapi murottal Al-Qur'an; dan

d. *cleaning*

*Cleaning* adalah teknik pembersihan data. Data-data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan dihapus (Setiadi, 2007: 190). Pembersihan data dilakukan setelah semua data dimasukkan ke dalam tabel, kemudian peneliti memeriksa kembali data yang dimasukkan sudah benar atau tidak.

#### 4.7.2 Analisa Data

##### 4.7.2.1 Analisa Deskriptif

Penelitian ini menjelaskan analisa deskriptif dari data yang diperoleh. Analisa deskriptif adalah prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data dengan cara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang disajikan meliputi frekuensi, ukuran pemusatan yaitu mean, median, dan modus, atau ukuran-ukuran variasi yaitu simpangan baku, varians, rentang dan kuartil (Setiadi, 2007: 196). Untuk mempermudah dalam penafsiran data maka digunakan parameter seperti yang dikemukakan oleh Arikunto (2008: 57), dimana: 0% ditafsirkan tidak ada; 1 – 24% ditafsirkan sebagian kecil; 25 – 49% ditafsirkan hampir setengahnya; 50% ditafsirkan setengahnya; 52 – 74% ditafsirkan sebagian besar; 75 – 99% ditafsirkan hampir seluruhnya; 100% ditafsirkan seluruhnya.

Skala kuesioner kecemasan APAIS yang digunakan oleh peneliti diberikan kategorisasi jenjang untuk mengelompokkan tingkat kecemasan menjadi kategori berat, sedang atau ringan. Menurut Azwar (2010:109) rumus kategorisasi untuk 3 jenjang adalah:

- a. Berat :  $(\mu + 1,0.\sigma) \leq X$
- b. Sedang :  $(\mu - 1,0.\sigma) \leq X < (\mu + 1,0.\sigma)$
- c. Ringan :  $X < (\mu - 1,0.\sigma)$

Keterangan:

X : skor subjek ;  $\mu$  : rata-rata baku;  $\sigma$  : deviasi standar baku

$\mu$  : Jumlah Pertanyaan \* Jumlah Kategori

$$: 4 * 3 = 12$$

$\sigma$  : Luas Jarak Sebaran / 6

$$: (X \text{ maks} - X \text{ min}) / 6$$

$$: ((4*5) - (4*1)) / 6$$

$$: 16 / 6$$

$$: 2,67$$

Hasil pengkategorian sesuai rumus kategorisasi 3 jenjang tersebut adalah sebagai berikut.

- a. Berat :  $15 \leq X$
- b. Sedang :  $9 \leq X < 15$
- c. Ringan :  $X < 9$

#### 4.7.2.2 Analisa Statistik

##### 4.7.2.2.1 Uji Normalitas

Menurut Sudijono (2008: 379) uji normalitas digunakan untuk mengetahui sampel yang digunakan dalam penelitian berdistribusi normal atau tidak. Dasar pengambilan keputusan adalah data terdistribusi normal jika  $alpha > 0,05$  dan data tidak terdistribusi normal jika  $alpha < 0,05$ . Penelitian ini menguji nilai normalitas data *pretest* dan *posttest* pada masing-masing kelompok eksperimen dan kontrol. Uji normalitas yang digunakan adalah uji *Shapiro Wilk* karena jumlah sampel kurang dari 50 orang (Riwidikdo, 2007: 66).

#### 4.7.2.2.2 Uji Homogenitas

Uji homogenitas bertujuan untuk mengetahui data yang diperoleh homogen atau tidak. Uji homogenitas menggunakan statistik uji *Levene* dengan mengambil taraf signifikansi 5%. Kriteria pengujian jika nilai signifikansi ( $\text{sig}$ ) < 0,05, data berasal dari populasi yang mempunyai varians tidak homogen, sedangkan jika nilai signifikansi ( $\text{sig}$ )  $\geq$  0,05, data berasal dari populasi yang mempunyai varians homogen (Widiyana, 2013: 5).

#### 4.7.2.2.3 Analisa Univariat dan Bivariat

Analisa univariat berisi data numerik yaitu usia dan data kategorik yang meliputi, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan penghasilan. Analisa bivariat yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Wilcoxon* dan uji *Mann Whitney*. uji *Wilcoxon* digunakan untuk mengetahui perbedaan sebelum perlakuan dan setelah perlakuan pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Dasar pengambilan keputusan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima apabila  $p < 0,05$ . Uji *Mann Whitney* digunakan untuk membandingkan perbedaan rata-rata dari kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Dasar pengambilan keputusan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima apabila  $p < 0,05$  (Riwidikdo, 2007: 70).



#### 4.8 Etika Penelitian

Menurut Potter dan Perry (2005: 1765) semua penelitian yang berkaitan dengan manusia sebagai objek harus mempertimbangkan etika. Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan seringkali terdapat masalah etik. Oleh karena itu, diperlukan suatu etika penelitian. Etika penelitian adalah sebagai berikut:

a. *informed consent* (lembar persetujuan penelitian)

Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi saat pengumpulan data. Jika responden bersedia untuk menjadi sampel penelitian maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut, namun jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden;

b. *confidentiality* (kerahasiaan)

*Confidentiality* merupakan jaminan kerahasiaan hasil penelitian. Kerahasiaan yaitu suatu pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin dapat diakses oleh orang lain selain peneliti. Hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian. Kerahasiaan yang dimaksud adalah menjelaskan siapa yang menjadi subjek penelitian;

c. *anonymity* (tanpa nama)

Kerahasiaan identitas dari responden menjadi penting untuk dijaga oleh peneliti. 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* (keselamatan dan kenyamanan)

Peneliti harus menjamin keselamatan dan kenyamanan responden. Peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika terjadi sesuatu terhadap responden penelitian. Penjelasan yang akan diberikan oleh peneliti adalah pengertian, manfaat, dan tahap pemberian dari terapi murottal Al-Qur'an, sehingga pasien akan mengerti dan merasa nyaman selama perlakuan berlangsung;

e. *non-maleficence*

*Non-maleficence* adalah etika yang menegaskan bahwa penelitian tidak berbahaya secara langsung pada subjek penelitian. Subjek penelitian hanya diminta untuk mengisi lembar kuesioner terkait tingkat kecemasan pre operasi katarak dan mengenakan *earphone* pada saat mendengarkan terapi murottal Al-Qur'an;

f. *justice*

*Justice* dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan perlakuan yang adil meliputi seleksi subjek yang adil dan tidak diskriminatif (tidak membedakan status sosial, ekonomi, dan budaya), subjek berhak mendapatkan penjelasan jika diperlukan. Dalam penelitian ini kelompok kontrol yang tidak mendapatkan perlakuan terapi murottal Al-Qur'an akan mendapatkannya setelah

proses penelitian selesai. Hal ini dilakukan untuk tetap menjaga etika keadilan untuk semua responden.



## BAB 6. PENUTUP

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

- a. rata-rata usia responden penelitian ini adalah 56,35 tahun, sebagian besar jenis kelamin adalah perempuan, hampir setengah responden memiliki pendidikan terakhir adalah SD/ sederajat, dan hampir semua responden memiliki penghasilan dibawah UMK Kabupaten Jember;
- b. terdapat perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan sebelum dan setelah diberikan terapi murottal Al-Qur'an pada kelompok eksperimen;
- c. tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada saat *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol;
- d. terdapat perbedaan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur'an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak.

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait dengan hasil penelitian ini adalah sebagai berikut.

### a. Bagi Penelitian

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan dan wawasan tentang pengaruh terapi murottal Al-Qur'an dalam menurunkan gangguan kecemasan pada pasien pre operasi katarak. Penelitian lanjutan yang bisa dilakukan untuk lebih menyempurnakan pembahasan dan penggunaan terapi murottal Al-Qur'an lanjutan serta efek terapeutiknya terhadap gangguan kesehatan lainnya antara lain:

- 1) mengetahui efektivitas terapi murottal Al-Qur'an terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak dengan metode *sampling* yang berbeda, jumlah sampel yang lebih besar, waktu perlakuan yang lebih panjang atau pendek;
- 2) menambah faktor-faktor yang berpengaruh pada tingkat kecemasan pasien pre operasi untuk dikontrol sehingga responden penelitian lebih homogen.

### b. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perawat untuk menjadikan terapi murottal Al-Qur'an sebagai terapi alternatif untuk mengurangi kecemasan yang dialami pasien pre operasi katarak. Hasil penelitian ini juga menjadi tambahan referensi untuk perawat sebagai *educator* sehingga masyarakat akan mengetahui bahwa perawat juga

membantu dalam hal peningkatan status kesehatan masyarakat khususnya pada tindakan penanganan masalah kesehatan.

c. Bagi Masyarakat

Manfaat hasil penelitian ini bagi masyarakat adalah sebagai landasan literatur untuk mengaplikasikan terapi murottal Al-Qur'an secara mandiri dan benar saat mengalami kecemasan. Hasil penelitian ini terutama bagi masyarakat yang akan menjalani prosedur operasi katarak dapat mendengarkan terapi murottal Al-Qur'an secara mandiri agar menimbulkan ketenangan dan tidak mengganggu prosedur operasi.

d. Bagi Instansi Kesehatan RSD dr. Soebandi Jember

Manfaat penelitian bagi instansi kesehatan RSD dr. Soebandi Jember adalah menjadi landasan referensi penggunaan terapi murottal Al-Qur'an untuk mengatasi kecemasan pasien pre operasi katarak. Selain itu hasil penelitian dapat menjadi landasan literatur pembuatan dan pelaksanaan *standard operating procedure* (SOP) tindakan keperawatan untuk mengurangi kecemasan pasien sebelum operasi katarak.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ady, N. 2011. *Katarak*. <http://www.scribd.com/doc/7799037/KTI> [20 Januari 2016]
- American Academy of Ophthalmology. 2008. *Pathology in Lens and Cataract, Section 11. Chapter 5*. Basic and Clinical Science Course
- American Academy of Ophthalmology. 2007. *Evaluation and Management of Cataract in Adult in Lens and Cataract. Section 11. Chapter 7*. Basic and Clinical Science Course
- Arditya, S. K., & Rahmi, F. L. 2007. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap terhadap Operasi Katarak pada Pasien Katarak Senilis di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *The Indonesian Journal of Public Health*, Juli 2007, Vol. 4, No.1 , 21-24.
- Arditya. 2007. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap terhadap Operasi Katarak pada Pasien Katarak Senilis di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *The Indonesian Journal of Public Health*, Vol. 4, No. 1, Juli 2007: 21-24
- Arifah, S dan Triase, I. 2012. *Pengaruh Pemberian Informasi Tentang Persiapan Operasi Dengan Pendekatan Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSUD Slemaan Yogyakarta*. <http://repository.unand.ac.id/17404.1>. Skripsi Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Andalas .pdf [15 Januari 2016]
- Arikunto. 2008. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Astuti, Y.C. 2013. *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Coping Strategy Pada Ibu yang Memiliki Penyandang Tunagrahita*. Publikasi Ilmiah Universitas Pendidikan Indonesia
- Azwar, Saifuddin. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta
- Baradero, Dayrit, dan Siswadi. 2008. *Keperawatan Perioperatif: Prinsip dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Budiman, Knoch, A., & Sitompul, N. 2013. *Pearls and Pit Falls to Improve Cataract Surgery Skills*. Jakarta: Perpustakaan Nasional RI

- Cahyono. 2003. *Dampak Peningkatan Radiasi Ultraviolet B Terhadap Manusia*. LAPAN
- Campbell D. 2001. *Efek Mozart: Musik Memanfaatkan Kekuatan Musik Untuk Mempertajam Pikiran, Mengaktifkan Kreatifitas Dan Menyehatkan Tubuh penerjemah: Hermaya*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Chandra, V.A. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Bedah Rsud Padang Panjang Tahun 2014. *Jurnal Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UMSB*
- 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> [20 januari 2016]
- Djalal, A. 2000. *Ulumul Qur'an*. <http://library.walisongo.ac.id>. [02 Maret 2016]
- Elvianur, S. 2011. *Perbedaan Perubahan Intensitas Nyeri Selama Perawatan Post Seksio Sesarea antara Pasien yang menggunakan Teknik Distraksi dan Relaksasi di RSU. Dr. Pringadi Medan*. Karya Tulis Ilmiah Program D-IV Bidan Pendidik Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Erman. 2014. *Hubungan Umur Dan Jenis Kelamin Dengan Kejadian Katarak Di Instalasi Rawat Jalan (Poli Mata) Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas Tahun 2014*. Jurnal Politeknik Kesehatan Palembang
- Fiandini, S. 2010. *Pengaruh Teknik Relaksasi nafas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Bedah RSD dr. Soebandi Jember*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Ganong . 2005. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Gruendeman, J dan Fernsebner, B. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif, vol.2, eds. Egi Komara & Alfrina Hany, Alih Bahasa : Brahm U. Pendit*. Jakarta: EGC
- Hady. 2012. Perbedaan Efektifitas Terapi Musik Klasik Dan Terapi Musik Murrotal Terhadap Perkembangan Kognitif Anak Autis Di Slb Autis Kota Surakarta. *GASTER Vol. 9 No. 2 Agustus 2012*
- Handayani. 2014. Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur'an Untuk Penurunan Nyeri Persalinan Dan Kecemasan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif . *Jurnal Ilmiah Kebidanan, Vol. 5 No. 2 Edisi Desember 2014, hlm. 1-15*
- Harianto. 2008. *Analisis status sosial masyarakat dan dampaknya terhadap partisipasi politik di Kelurahan Karangrejo Kecamatan Karangrejo Kabupaten Magetan*. Jurnal Sosial UNMER Madiun, 9 (2), 18-23.

- Hasri, ET. 2012. Praktik Keselamatan Pasien Bedah di RSUD X. *Jurnal Universitas Gadjah Mada*
- Hawari, D. 2006. *Manajemen stres, cemas, dan depresi. Edisi 2*. Jakarta: FKUI.
- Hidayah. 2013. *Pengaruh Pemberian Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas di Rumah Sakit Orthopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta*. Skripsi Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta 2013
- Hurmaini. 2008. *Metodologi Penelitian Untuk Bimbingan Skripsi*. Pekanbaru: Suska Press
- Hutasoit, H. 2009. *Prevalensi Katarak di Kabupaten Tapanuli Selatan*. Thesis. Departemen Ilmu Kesehatan Mata Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Ilyas, Sidarta. 2007. *Ilmu Penyakit Mata*. Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- INFODATIN. 2014. *Situasi Gangguan Penglihatan dan Kebutaan*. Kementerian Kesehatan RI
- Istiqomah, I. 2004. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Mata*. Jakarta: EGC
- Julianto, Romadoni, dan Astuti. 2014. Pengaruh Citrus Aromaterapi Terhadap Ansietas Pasien Preoperasi Bedah Mayor Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya, Volume 1- Nomor 1, Juli 2014, ISSN No 2355 5459*
- Kate dan Mucci. 2002. *The Healing Sound of Music Penerjemah Prakoso*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Khrisna, A. 2001. *Masnawi Bersama Jalaluddin Rum Menggapai Langit Biru Tak Berbingkai*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Khurana. 2005. *Anatomy and Physiology of Eye*. India: CBS Publishers & Distributors
- Khurana. 2007. *Community Ophthalmology in Comprehensive Ophthalmology. Fourth Edition. Chapter 8*. New Delhi: New Age International Limited Publisher
- Kindler. 2008. *The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Perioperative Anxiety and Detection of Patients Anesthetic Concern*. *Anest Analog* 90: 706-712

- Kuraesin. 2009. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Yang Akan Menghadapi Operasi Di Rsup Fatmawati Tahun 2009*. Skripsi 15 Juni 2016
- Langston. 2002. *The Crystalline Lens and Cataract in Manual of Ocular Diagnosis and Therapy. Fifth Edition..* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Larasati. 2009. *Preoperative Teaching terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap RSUD Karanganyar*. Jurnal Media Ners, 3(1): 1-61
- Lutfu dan Maliya. 2008. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien Dalam Tindakan Kemoterapi Di Rumah Sakit Dr.Moewardi Surakarta*. Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979-2697, Vol. 1 No. 4 ,Desember 2008, 187-192
- Mac Gregor, S. 2001. *Piece of Mind Menggunakan Kekuatan Pikiran Bawah Sadar Untuk Mencapai Tujuan*. Jakarta: Gramedia
- Maliakang H.H. B, dkk. 2002. *Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta: PP-PERDAMI
- Marliani, R. 2013. *Psikologi Eksperimen*. Bandung: Pustaka Setia
- Mete, M.V.P. 2015. *Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Adi Husada Kapasari Surabaya*. Artikel Penelitian Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya 2015
- Mindlin, 2009. *Brain Music*. <http://www.editinternational.com> [15 Februari 2016]
- Mo'otapu. 2015. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadianpenyakit Katarak Di Poli Mata Rsup Prof. Dr. R.D Kandou Manado e-Journal Keperawatan (eKp) volume 3 Nomor 2 September 2015*
- Moerman, N. 1996. *The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS)*. *Anesth Analg* 1996;82:445-51 *International Anesthesia Research Society*
- Mustamir. 2009. *Potensi SQ, EQ, & IQ di Balik Ayat-ayat Al Faatihah*. Cetakan Kesatu. Jogjakarta: Diva Press
- Muttaqin, A. dan Sari, K. 2009. *Asuhan Keperawatan Perioperatif: Konsep, Proses dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Nevid. 2006. *Psikologi Abnormal*. Jakarta: Erlangga.
- Nicholas dan Humenick, 2002. *Cara Kerja Musik Sebagai Terapi*. Jakarta: Salemba Medika



- Nijkamp. 2014. Determinants of Surgery Related Anxiety in Cataract Patients.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, 2011. *Asuhan Keperawatan : Maternitas, Anak, Bedah, dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Oriordan, RNL. 2002. *Seni Penyembuhan Alami Seni Penyembuhan Menggunakan Energi Jiwa* penerjemah Aristyawati. Bekasi: Gugus Press
- Pangastuti, D. 2011. *Pengaruh Pembacaan Doa Yang Dipimpin Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di ruang Rawat Inap RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan*. Skripsi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang
- Paryanto. 2009. *Perbedaan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operatif Selama Menunggu Jam Operasi Antara Ruang Rawat Inap Dengan Ruang Persiapan Operasi di rumah Sakit Ortopedi Surakarta*. Skripsi. Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta [15 Januari 2016]
- Potter dan Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa: Renata Komalasari, dkk.* Jakarta: EGC
- Pujiyanto, I.T. 2004. *Faktor-faktor Resiko Yang Mempengaruhi Terhadap Kejadian Katarak Senilis Di Kota Semarang tahun 2001*. Tesis Pasca Sarjana Departemen Epidemiologi Universitas Diponegoro: Semarang.
- Rahajeng dan Tuminah. 2009. *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*. Majalah Kedokteran Indonesia. 59(12):580- 587
- Rasyid, R., Nawi, R., Zulkifli, A. A . 2010. *Faktor yang Berhubungan Kejadian Katarak di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Makasar (BKMM) Tahun 2010*. <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/5672>.
- Remolda. 2009. *Pengaruh Al-Quran pada Manusia dalam Perspektif Fisiologi dan Psikologi*. <http://www.the-edc.com> . [5 Februari 2016]
- Riwidikdo. 2007. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bina Pustaka
- Rizky, A. 2013. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Prabedah Fraktur Tulang Panjang Ekstremitas Inferior Di Ruang Rawat Inap Bedah Blud Rsudza*. Skripsi Fakultas Kedokteran Unsyiah

- Rompas. 2013. Efektivitas Konseling Dan Musik Religi Kristen Terhadap Tingkat Kecemasan pasien Pre Operasi di Ruang IRINA A BLU RSUP Prof. DR. R.D. Kandao Manado. *Jurnal Keperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*
- Rondonuwu, R. 2014. Hubungan Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak Di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Manado. *JUIPERDO, VOL 3, NO. 2 September 2014*
- Sabri dan Hastono. 2006. *Statistik Kesehatan*. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta
- Sadock. 2008. *Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Lipincot Williams Wilkins Philadelphia.
- Santoso, Singgih. 2001. *Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Jakarta: PT. Alex Media Komputindo
- Sasube, N. W. 2009. *Pengaruh Latihan Nafas Dalam Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperatif di Ruang Bedah dan di Ruang Obstetri Ginekologi di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Skripsi . Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sam Ratulangi [15 Januari 2016]
- Sawitri, E dan Sudaryanto, A. 2008. *Pengaruh Pemberian Informasi Pra Bedah Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pra Bedah Mayor di Bangsal Orthopedi RSUI Kustati Surakarta*. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/461/1c.pdf> [15 Januari 2016]
- Setiati, S. 2008. Pengaruh Pajanan Sinar Ultraviolet B Bersumber dari Sinar Matahari terhadap Konsentrasi Vitamin D (25(OH)D) dan Hormon Paratiroid pada Perempuan Usia Lanjut Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 2, No. 4, Februari 2008*
- Setiawan. 2013. *Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Operasi Katarak Dan Tingkat Ekonomi Penderita Katarak Dengan Sikap Tentang Operasi Katarak Pada Penderita Katarak Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukoharjo*. Naskah Publikasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Sjamsuhidajat, R. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi revisi*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC
- Sperduto. 2004. *Epidemiologic Aspects of Age-Related Cataract in Duane's Clinical Ophthalmology. Volume 1. Chapter 73A. Revised Edition*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins



- Stuart, GW. 2009. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Sudijono. 2006. *Pengantar Statistik Penelitian*. Jakarta: Raja Grafindo
- Sudjana. 2005. *Metoda Statistik*. Bandung: Tarsito
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta
- Tamsuri. 2010. *Klien Gangguan Mata & Penglihatan*. Padang: Bumi Aksara
- Tana, L. 2006. Faktor Resiko dan Upaya Pencegahan Katarak Pada Kelompok Kerja. *Media Litbang Kesehatan Volume XVI nomor 1 Tahun 2006*
- Taylor A. 2004. *Nutritional and Environmental Influences on Risk for Cataract in Duane's Clinical of Ophthalmology. Volume 1. Chapter 72C*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins: Lippincot Williams and Wilkins
- Tedjasukmana. 2012. *Tata Laksana Hipertensi*. Jakarta: Departemen Kardiologi, RS Premier Jatinegara dan RS Graha Kedoya,
- Ulandari. 2014. *Pengaruh Pekerjaan Dan Pendidikan Terhadap Terjadinya Katarak Pada Pasien Yang Berobat Di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Nusa Tenggara Barat*. Tesis Program Pascasarjana Universitas Udayana Denpasar
- Verma dan Lal. 2013. *Karakteristik Pasien Katarak Akibat Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Mata RSUP. Haji Adam Malik Medan Pada Tahun 2012*. Karya Tulis Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara 2012
- Videbeck, 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Wahida, Nooryanto, dan Andraini. 2015. Surat Ar Rahman Meningkatkan Kadar  $\beta$ -Endorphin dan Menurunkan Intensitas Nyeri pada Ibu Bersalin Kala 1 Fase Aktif. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28. No 3, Februari 2015*
- Wahyu, G.. 2007. *Visi 2020, Hak untuk Melihat*. [serial online]. <http://pestagagasan/2008/12/visi-2020-hak-untuk-melihatpendahuluan.html> [20 Januari 2016]
- Wahyuni, S.A. 2015. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember 2015
- Wawan, A., & Dewi M. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan. Sikap. dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Numed.

- Weiser, Thomas G. 2008. An Estimation Of The Global Volume Of Surgery: A Modelling Strategy Based on Available Data. *Articles Harvard School of Public Health, Vol 37 2 July 12*
- WHO. 2007. *Launch of the Chronic Disease Report*, [http://www.who.int/dg/lee/speeches/2007/mauritius\\_chronic\\_disease/en/](http://www.who.int/dg/lee/speeches/2007/mauritius_chronic_disease/en/) [15 Januari 2015]
- Wibawa, S. R. 2014. *Efektivitas Pemberian Edukasi Pre Operatif Terhadap Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Katarak Di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014*. Skripsi PSIK FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta 2014
- Widhiarso, W. 2010. *Jumlah Sampel dalam Pemodelan Persamaan Struktural (SEM)*, <http://widhiarso.staff.ugm.ac.id/wp/jumlahsampel-dalam-pemodelan-persamaan-struktural-sem/> [7 April 2016]
- Widiyana. 2013. Pengaruh Model Pembelajaran Arias (Assurance, Relevance, Interest, Assessment, And Satisfaction) Terhadap Peningkatan Hasil Belajar Kkpi Pada Siswa Kelas X Smk Negeri 1 Pedan. *Jurnal Pendidikan UNY*
- Widiyanto, AM. 2013. *Statistika Terapan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Winda, Nauli, dan Hasneli. 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien Fraktur Tulang Panjang Pra Operasi Yang Dirawat Di Rsud Arifin Achmad Pekanbaru* Jom Psik Vol. 1 No. 2 Oktober 2014
- Wulandari, N. 2011. *Pengaruh Strategi Komunikasi Pemasaran Terhadap Perilaku Pembelian Konsumen Di Matahari Departemen Store Mal Ratu Indah*. Naskah Publikasi Ekonomi Management Universitas Hasanudin.
- Yana, Utami, dan Safri. 2015. Efektivitas Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Intensitas Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *JOM PSIK UNRI Vol. 2 No. 2, Oktober 2015*
- Yani, A. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Zakariah , Lai, dan Loh. 2015. Validation of the Malay version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Med J Malaysia Vol 70 No 4 August 2015*



# LAMPIRAN

**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 : Akhmad Miftahul Huda  
NIM : 122310101061  
pekerjaan : Mahasiswa  
alamat : Jl. Batu Raden Gang IV no. 1 Kecamatan Sumbersari Kabupaten  
Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “pengaruh pemberian terapi murottal Al-Qur’an terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini menjamin keamanan dan kenyamanan bagi Bapak/Ibu sebagai responden maupun keluarga Bapak/Ibu serta bermanfaat bagi RSD dr. Soebandi Jember untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien. Manfaat penelitian bagi Bapak/Ibu adalah meningkatkan pengetahuan tentang pengaruh terapi murottal Al-Qur’an terhadap 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,

Akhmad Miftahul Huda  
NIM 122310101061

**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 : Akhmad Miftahul Huda  
NIM : 122310101061  
pekerjaan : Mahasiswa  
alamat : Jl. Batu Raden Gang IV no. 1 Kecamatan Sumbersari Kabupaten Jember  
Judul : Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien 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, ..... 2016

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

**Lampiran C. Kuesioner****I. Karakteristik Responden**

1. Inisial :
2. Alamat :
3. Usia : ..... tahun
4. Jenis Kelamin (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
5. Pendidikan Terakhir (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. Tidak Sekolah
  - b. SD
  - c. SMP
  - d. SMA
  - e. Perguruan Tinggi
6. Penghasilan (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. < Rp. 1.629.000
  - b. ≥ Rp. 1.629.000




## II. Petunjuk Pengisian Kuesioner

Isilah tabel dibawah ini dengan tanda (√) sesuai pilihan anda.

1. Sangat Tidak Sesuai (STS)
2. Tidak Sesuai (TS)
3. Ragu-ragu (R)
4. Sesuai (S)
5. Sangat Sesuai (SS)

No.	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
1.	Saya khawatir tentang prosedur pembiusan saya					
2.	Prosedur pembiusan selalu berada di pikiran saya					
3.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang prosedur pembiusan saya					
4.	Saya khawatir tentang prosedur operasi saya					
5.	Prosedur operasi selalu berada di pikiran saya					
6.	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang prosedur operasi saya					

Lampiran D. *Standard Operating Procedure (SOP)*

 <p style="text-align: center;"><b>PSIK UNIVERSITAS JEMBER</b></p>	<b>JUDUL SOP: TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN</b>		
<b>Tanggal pelaksanaan</b>	<b>Hari:</b>	<b>Tanggal:</b>	<b>Pukul:</b>
1. Pengertian	Murottal Al-Qur'an adalah bacaan ayat suci Al-Qur'an yang dibaca oleh qori', direkam, dan dapat digunakan untuk terapi religi.		
2. Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu mengenali Murottal Al-Qur'an yang didengar</li> <li>2. Pasien mampu menikmati Murottal Al-Qur'an yang didengar</li> <li>3. Pasien mampu menceritakan perasaan setelah mendengar terapi Murottal Al-Qur'an</li> </ol>		
3. Indikasi	Pasien merasakan kecemasan		
4. Kontraindikasi	Pasien dengan gangguan pendengaran		
5. Persiapan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan identitas pasien yang akan dilakukan tindakan.</li> <li>2. Kaji kondisi pasien.</li> <li>3. Jelaskan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan.</li> </ol>		
6. Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Mp3 Player</i></li> <li>2. <i>Earphone</i></li> </ol>		
7. Tahap Kerja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam terapeutik</li> <li>2. Menanyakan perasaan pasien hari ini</li> <li>3. Menjelaskan tujuan kegiatan</li> <li>4. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai.</li> <li>5. Pertahankan privasi pasien selama tindakan dilakukan.</li> <li>6. Bawa peralatan ke dekat pasien</li> <li>7. Memosisikan pasien senyaman mungkin</li> <li>8. Pilih ayat Al-Qur'an yang akan diperdengarkan. Ayat Al-Qur'an yang diberikan adalah Al-Fatihah 1 menit, Ar-Rahman 12 menit, Al-Ikhlas Al-Falaq dan An-Naas 2 menit, dibacakan oleh Mishary Rasyid Al-Afasi seorang imam masjid Al-Kabir di Kuwait</li> <li>9. Gunakan <i>earphone</i> supaya tidak mengganggu pasien atau staf yang lain dan membantu pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an.</li> </ol>		

	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Pastikan tombol-tombol <i>mp3 player</i> mudah ditekan.</li><li>11. Anjurkan pasien menutup mata dan anjurkan pasien berkonsentrasi pada murottal Al-Qur'an serta mengikuti irama yang dilantunkan qori'.</li><li>12. Instruksikan pasien untuk tidak menganalisa murottal Al-Qur'an: "Nikmati murottal Al-Qur'an kemana pun alunannya membawa anda".</li><li>13. Murottal Al-Qur'an didengarkan minimal 15 menit supaya dapat memberikan efek terapeutik.</li><li>14. Rapikan peralatan setelah Murottal Al-Qur'an didengarkan selama 15 menit</li></ol>
8. Hasil	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Evaluasi respon pasien.</li><li>2. Simpulkan hasil kegiatan.</li><li>3. Berikan reinforcement positif.</li><li>4. menganjurkan pasien untuk menggunakan terapi murottal Al-Qur'an saat mengalami kecemasan</li><li>5. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.</li><li>6. Cuci tangan.</li></ol>
9. Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat kegiatan yang telah dilakukan dalam catatan pelaksanaan.</li><li>2. Catat respon pasien terhadap tindakan.</li><li>3. Dokumentasikan evaluasi tindakan: SOAP.</li><li>4. Nama dan paraf perawat.</li></ol>

## Lampiran E. Uji Validitas Kuesioner Tingkat Kecemasan

		Correlations				
		pernyataan1	pernyataan2	pernyataan4	pernyataan5	total
pernyataan1	Pearson Correlation	1	1,000	,941	,958	,988
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	10	10	10	10	10
pernyataan2	Pearson Correlation	1,000	1	,941	,958	,988
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	10	10	10	10	10
pernyataan4	Pearson Correlation	,941	,941	1	,964	,978
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	10	10	10	10	10
pernyataan5	Pearson Correlation	,958	,958	,964	1	,986
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	10	10	10	10	10
Total	Pearson Correlation	,988	,988	,978	,986	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	10	10	10	10	10

**Lampiran F. Uji Reliabilitas  
Kuesioner Tingkat Kecemasan**

Cronbach's Alpha	N of Items
,987	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pernyataan1	7,50	10,056	,979	,981
pernyataan2	7,50	10,056	,979	,981
pernyataan4	7,70	8,900	,958	,989
pernyataan5	7,60	9,378	,974	,981

**Lampiran G. Rata-rata Tingkat Kecemasan Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol****Statistics**

		Mean Eks Pre	Mean Eks Post	Mean K Pre	Mean K Post
N	Valid	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0
Mean		14,00	8,00	12,80	12,70
Std. Deviation		2,108	2,108	3,155	3,335



**Lampiran H. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi *Pretest* dan *Posttest* Pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol**

**Kecemasan Eksperimen pre**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sedang	5	50,0	50,0	50,0
Valid berat	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Kecemasan Eksperimen post**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ringan	8	80,0	80,0	80,0
Valid sedang	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Kecemasan Kontrol pre**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ringan	1	10,0	10,0	10,0
Valid sedang	7	70,0	70,0	80,0
Valid berat	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Kecemasan Kontrol post**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ringan	1	10,0	10,0	10,0
sedang	7	70,0	70,0	80,0
berat	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Lampiran I. Uji Normalitas dan Homogenitas****Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre_Eks	,329	10	,003	,655	10	,000
Post_Eks	,300	10	,011	,872	10	,105
Pre_K	,400	10	,000	,751	10	,004
Post_K	,383	10	,000	,769	10	,006

a. Lilliefors Significance Correction

**Test of Homogeneity of Variances**

tingkat kecemasan

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,012	1	18	,912

**Lampiran J. Hasil Uji Wilcoxon****Test Statistics<sup>a</sup>**

	Post_Eks - Pre_Eks	Post_K - Pre_K
Z	-2,840 <sup>b</sup>	-1,000 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,317

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

**Lampiran K. Hasil Uji Mann Whitney****Test Statistics<sup>a</sup>**

	Selisihprepost
Mann-Whitney U	,000
Wilcoxon W	55,000
Z	-3,996
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Kelompok

b. Not corrected for ties.

**Lampiran L. Data Karakteristik Pasien Pre Operasi Katarak di RSD dr. Soebandi Jember**

**Statistics**

	Usia Eksperimen	Usia Kontrol
N	Valid	10
	Missing	0
Mean	58,30	54,40
Median	60,00	51,50
Mode	60	42 <sup>a</sup>
Std. Deviation	8,832	11,721
Minimum	44	42
Maximum	70	70

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

Total Usia

N	Valid	20
	Missing	0
Mean	56,35	
Median	60,00	
Mode	60	
Std. Deviation	10,297	
Minimum	42	
Maximum	70	

**Total Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perempuan	11	55,0	55,0	55,0
Valid Laki-laki	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Jenis Kelamin Eksperimen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perempuan	7	70,0	70,0	70,0
Valid Laki-laki	3	30,0	30,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Jenis Kelamin Kontrol**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perempuan	4	40,0	40,0	40,0
Valid Laki-laki	6	60,0	60,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

## Pendidikan Terakhir Eksperimen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	1	10,0	10,0	10,0
SD/ sederajat	4	40,0	40,0	50,0
Valid SMP/ sederajat	3	30,0	30,0	80,0
SMA/ sederajat	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

## Pendidikan Terakhir Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	3	30,0	30,0	30,0
SD/ sederajat	3	30,0	30,0	60,0
Valid SMP/ sederajat	3	30,0	30,0	90,0
SMA/ sederajat	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



**Total Pendidikan Terakhir**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	4	20,0	20,0	20,0
SD/ sederajat	7	35,0	35,0	55,0
Valid SMP/ sederajat	6	30,0	30,0	85,0
SMA/ sederajat	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Penghasilan Total**

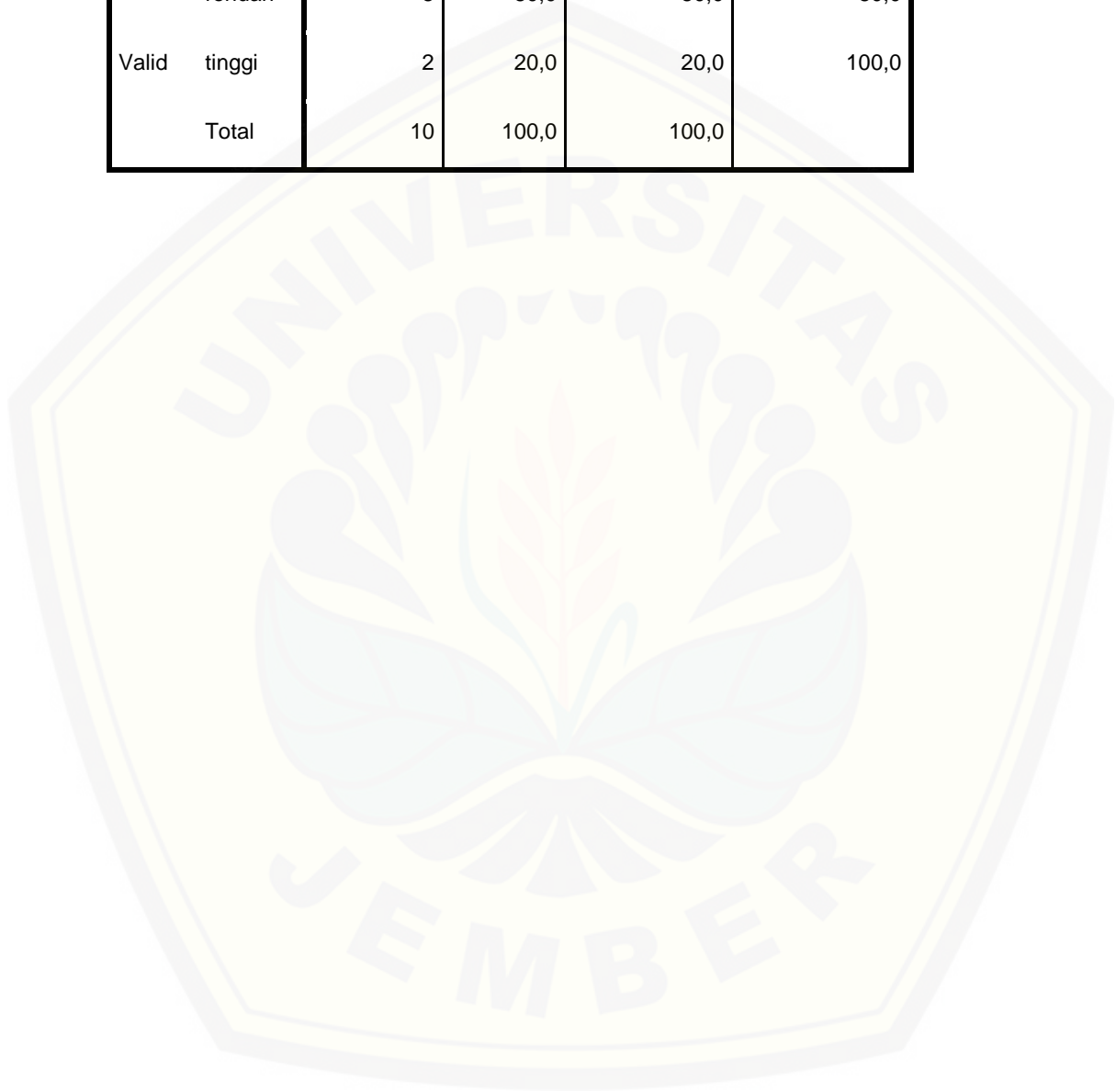
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
rendah	16	80,0	80,0	80,0
Valid tinggi	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

**Penghasilan Eksperimen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
rendah	8	80,0	80,0	80,0
Valid tinggi	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

## Penghasilan Kontrol

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
rendah	8	80,0	80,0	80,0
Valid tinggi	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



Lampiran M. Dokumentasi Kegiatan



Gambar 1. Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an



Gambar 2. Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an