



**HUBUNGAN PERAN PERAWAT *EDUCATOR* DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI
KATARAK DI RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh
Nur Afif Abdullah
NIM 142310101136

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**HUBUNGAN PERAN PERAWAT *EDUCATOR* DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE OPERASI
KATARAK DI RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat untuk menyelesaikan
Pendidikan di Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai
gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Nur Afif Abdullah
NIM 142310101136**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

SKRIPSI

Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember

oleh

Nur Afif Abdullah

142310101136

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S. Kep., M. Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Baskoro Setioputro, S. Kep., M. Kep.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Ibunda Sri Halimah Bandiyah, Ayahanda Fatchur Rohman, Kakak tercinta Nurul Hidayati Fitriya, Umi Hanik Rodiyana, Muhammad Rofiq, Adik tercinta Zulfikar Yahya Abdillah, dan saudara yang telah menjadi motivasi dan semangat saya;
2. Almamater SD NU Kecong, MTsN Kencong, SMAN 1 Kencong serta seluruh Bapak/Ibu guru;
3. Almamater Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember dan Seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah memberikan nasihat dan ilmunya selama ini;
4. Warga Kalimantan 10, Warga Brantas 1, dan guru-guru saya yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi selama penyusunan ini;
5. Teman-teman kontrakan Semanggi dan Tidar yang senantiasa membantu, mendukung, dan medoakan hingga skripsi ini selesai;
6. Teman-teman angkatan 2014 khususnya kelas A, adik tingkat dan teman dari fakultas lain yang telah memberikan bantuan, informasi, saran, dan semangatnya selama penyusunan skripsi ini.

MOTTO

“...Sabar, Ngerti, Ati-ati, dan Ikhlas...”



PERNYATAAN

Nama : Nur Afif Abdullah

NIM : 142310101136

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember” adalah benar – benar hasil karya saya sendiri dan bukan karya jiplakan, kecuali yang disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi.

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

Jember, Juli 2019

Yang menyatakan,

Nur Afif Abdullah

NIM 142310101136

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Senin, 22 Juli 2019

tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Siswoyo, S. Kep., M. Kep.

NIP. 198004122006041002



Ns. Baskoro Setioputro, S. Kep., M. Kep.

NIP.198605052008121004

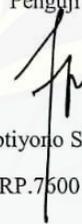
Penguji I

Penguji II



Ns. Wantiyah, M. Kep.

NIP.198107122006042001



Ns. Eka Afdi Septiyono S. Kep., M. Kep.

NRP.750018005

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S. Kep., M. Kes

NIP. 197803232005012002

Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember (*Correlation between Role of Nurse Educator with Anxiety Level of Patients in Pre Cataract Surgery in RSD Balung Jember District*)

Nur Afif Abdullah

Faculty of Nursing University of Jember

ABSTRACT

Patients with pre cataract surgery experienced anxiety related to the surgery they will undergo. Anxiety can affect the results of surgery. One of factors that influence preoperative patient anxiety is access to information and the first experience of the patient undergoing surgery. The role of nurse educator is related with giving information to patients about the actions that will be taken by the patient. This study aimed to analyze the relationship between the role of nurse educator and the anxiety level of patients pre cataract surgery at Balung Hospital in Jember Regency. This study used an observational research design with a cross-sectional approach. A total of 33 respondents were obtained by accidental sampling technique. Data collection was carried out by giving a questionnaire of the role nurse educator and questionnaire Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Data analysis used Spearman Rank correlation test with a significance level of 0.05. The results showed that there was a significant relationship between the role of nurse educator and the level of anxiety (p value = 0.002; $r = -0.517$). There is a moderate and negative correlation which means that the higher the role of the educator nurse then the lower the patient's anxiety level. Therefore giving educators to the patients can reduce level anxiety of pre cataract surgery

Keyword: *pre cataract surgery, role of nurse educator, anxiety level*

RINGKASAN

Hubungan Peran Perawat Educator dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember; Nur Afif Abdullah, 142310101136; 2019; halaman; Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

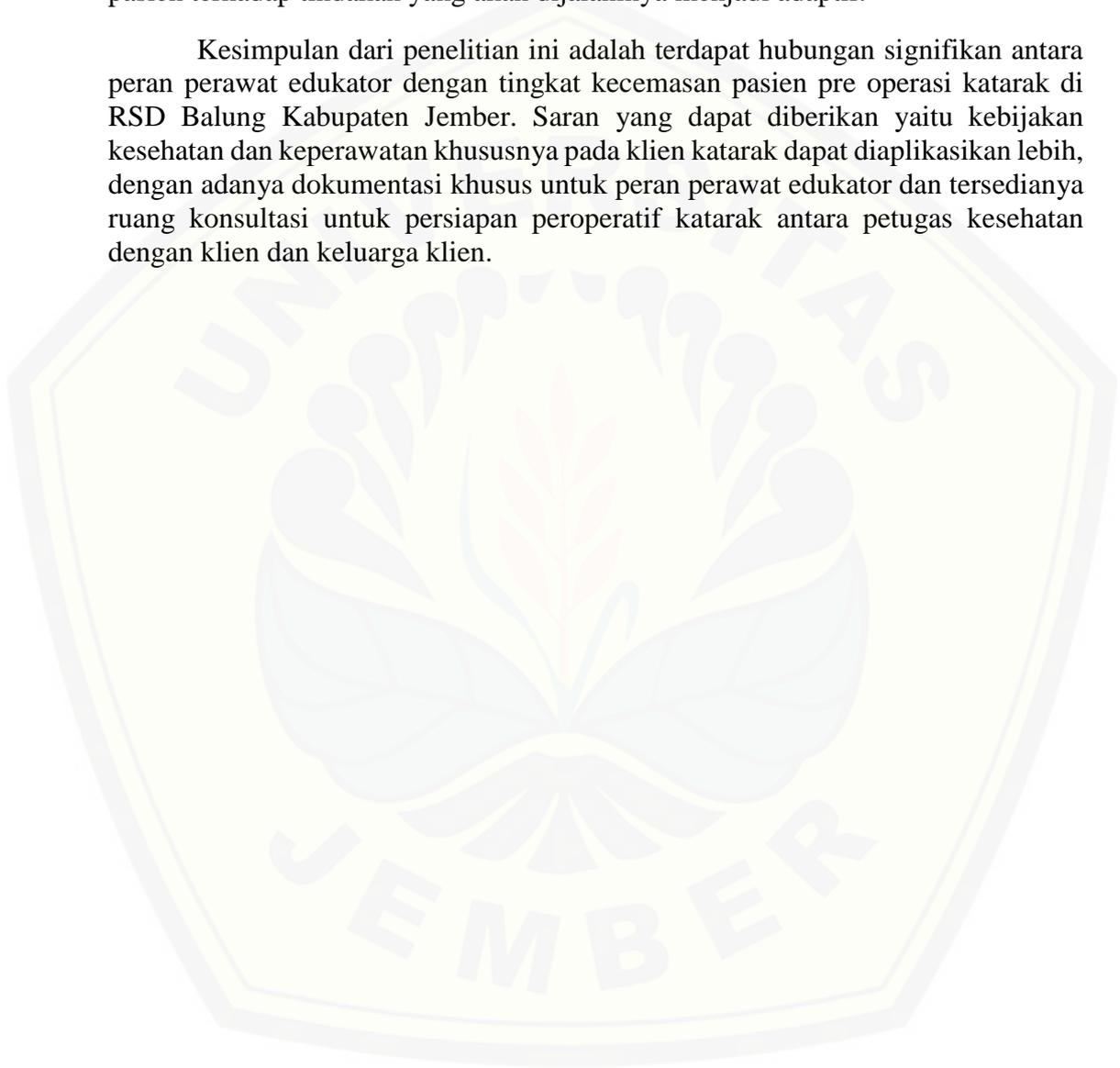
Katarak merupakan keadaan dimana terjadi kekeruhan pada lensa serabut atau bahan lensa di dalam lensa. Katarak hanya dapat diobati dengan menggunakan teknik pembedahan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu stresor kecemasan pasien yang akan menjalani proses pembedahan. Kecemasan adalah suatu hal menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupan seseorang terhadap situasi yang sangat menekan. Kurang pengetahuan tentang operasi, pascaoperasi, dan takut tentang beberapa aspek pembedahan merupakan faktor kecemasan pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang apa yang diperkirakan akan membantu mengurangi kecemasan pasien. Tugas utama peran perawat *educator* dalam hal ini melakukan edukasi kepada pasien maupun keluarga pasien. Pendidikan yang dilakukan kepada pasien berfokus kepada kebutuhan pembelajaran pasien dalam waktu singkat. Pembelajaran tentang persiapan pasien untuk suatu prosedur, yang memberikan tekanan pada manfaat informasi dapat membuat pasien lebih mampu mengatasi secara efektif jika diajarkan mengenai apa yang akan mungkin terjadi.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan peran perawat sebagai *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan metode *cros sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu *non probability sampling* dengan cara *acidental sampling*. Sampel dalam penelitian ini menggunakan 33 pasien yang akan menjalani operasi katarak. Kuesioner yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu kuesioner peran perawat sebagai *educator* atau pendidik untuk mengukur peran perawat *educator* dan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* untuk mengukur tingkat kecemasan. analisa data menggunakan *Spearman Rank Correlation* dengan tingkat signifikansi 0,05.

Hail uji statistik menggunakan *Spearman Rank Correlation* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember (p value = 0,002 dan $r = -0,517$). Berdasarkan hasil tersebut didapatkan bahwa ada hubungan antara peran perawat edukator dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember dengan korelasi sedang dan Negatif yang berarti semakin tinggi peran perawat edukator maka tingkat kecemasan pasien semakin kecil.

Kecemasan adalah suatu hal yang wajar dialami oleh pasien yang akan menjalani proses pembedahan. Akan tetapi apabila kecemasan tidak diatasi dan berkelanjutan dapat mempengaruhi hasil tindakan yang akan dijalani pasien. Pendidikan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien dan keluarga pasien membuat pasien lebih mengerti tentang tindakan yang akan dijalannya. Pemberian informasi kepada pasien dan membantu pasien untuk tenang dapat membuat respon pasien terhadap tindakan yang akan dijalannya menjadi adaptif.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan signifikan antara peran perawat edukator dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember. Saran yang dapat diberikan yaitu kebijakan kesehatan dan keperawatan khususnya pada klien katarak dapat diaplikasikan lebih, dengan adanya dokumentasi khusus untuk peran perawat edukator dan tersedianya ruang konsultasi untuk persiapan peroperatif katarak antara petugas kesehatan dengan klien dan keluarga klien.



PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan proposal skripsi yang berjudul “ Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten 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 Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Siswoyo, S. Kep., M. Kep. Selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Baskoro Setioputro, S. Kep., M. Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan , arahan, kelancaran, dan kesabaran serta keikhlasannya dalam proses penyusunan proposal skripsi ini;
4. Ns. Wantiyah, M.Kep dan Ns. Eka Afdi Septiyono S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan bantuan;
6. Ayah dan ibu yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;

7. Teman-teman Fakultas Keperawatan angkatan 2014 khususnya Kelas A 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 proposal skripsi ini belum sempurna dan masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca guna lebih menyempurnakan proposal skripsi ini. Peneliti mengharapkan semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, July 2019

Penulis

DAFTAR ISI

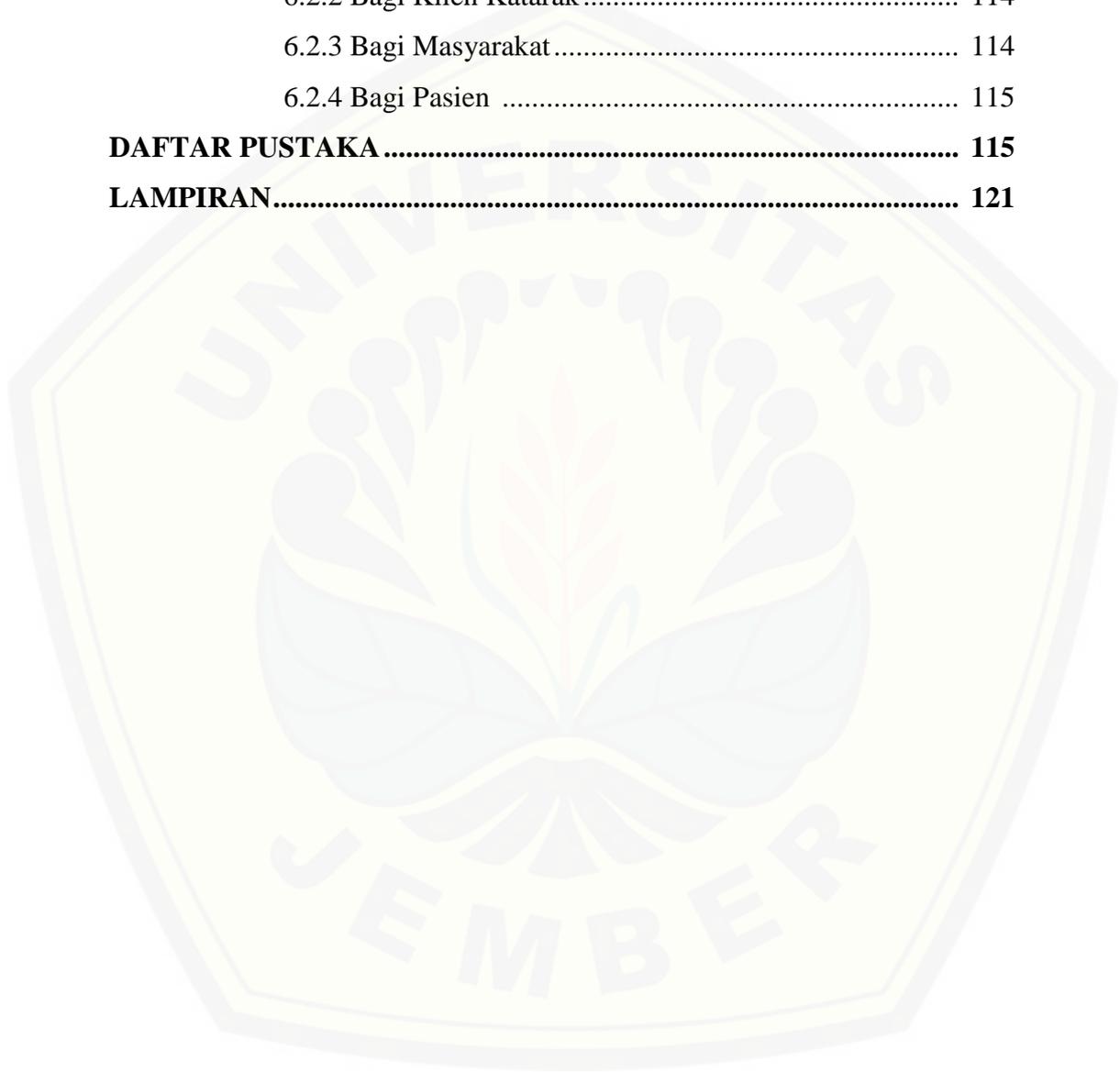
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
HALAMAN ABSTRACT	viii
HALAMAN RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Bagi Pengembang ilmu	5
1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan	6
1.4.3 Bagi Keperawatan	6
1.4.4 Bagi Masyarakat	6
1.4.5 Bagi Peneliti	7
1.5 Keaslian Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9

2.Konsep Dasar Katarak	9
2.1.1 Definisi Katarak	9
2.1.2 Etiologi Katarak	9
2.1.3 Gejala Klinik Katarak.....	12
2.1.4 Klasifikasi Katarak	14
2.1.5 Patofisiologi Katarak	16
2.1.6 Penatalaksanaan Katarak	17
2.1.7 Teknik Operasi Katarak.....	18
2.1.8 Komplikasi	20
2.1.9 Prognosis	22
2.2 Konsep Dasar Pembedahan	22
2.2.1 Definisi Pembedahan	22
2.2.2 Klasifikasi Pembedahan	23
2.2.3 Keperawatan Perioperatif	26
2.2.4 Keperawatan Pre Operasi Katarak	36
2.3 Konsep Kecemasan	41
2.3.1 Definisi Kecemasan.....	41
2.3.2 Tingkat Kecemasan	42
2.3.3 Penyebab Kecemasan	45
2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan	49
2.3.5 Respon Terhadap Kecemasan.....	51
2.3.6 Rentang Respon Kecemasan	53
2.3.7 Penilaian Kecemasan.....	53
2.3.8 Skala Kecemasan.....	54
2.4 Kecemasan Pre Operasi Katarak	56
2.4.1 Intervensi Keperawatan	57
2.5 Konsep Peran Perawat	57
2.5.1 Definisi Peran.....	57
2.5.2 Peran Perawat.....	58
2.6 Peran perawat Educator	60
2.6.1 Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat Sebagai	

<i>Educator</i>	60
2.6.2 Faktor Penghambat Perawat Pendidik.....	61
2.6.3 Faktor Penghambat Peran.....	63
2.6.4 Peran Perawat Dalam Memberikan Edukasi bagi Pasien.....	64
2.6.5 Standar Edukasi Kesehatan bagi Pasien	65
2.6.6 Tujuan Edukasi Kesehatan Pasien.....	68
2.6.7 Prinsip Edukasi Kesehatan	69
2.7 Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Tingkat Kecemasan Pre Operasi Pasien.....	70
2.8 Kerangka Teori	72
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	73
3.1 Kerangka Konseptual.....	73
3.2 Hipotesis Penelitian.....	74
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	75
4.1 Jenis Penelitian.....	75
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	75
4.2.1 Populasi Penelitian	75
4.2.2 Sampel Penelitian	76
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	77
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	77
4.3 Tempat Penelitian	78
4.4 Waktu Penelitian.....	78
4.5 Definisi Operasional.....	79
4.6 Alur Penelitian	80
4.6.1 Sumber data	80
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	80
4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	83
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	86
4.7 Pengolahan Data	89
4.7.1 <i>Editing</i>	89

4.7.2 Coding	89
4.7.3 Tabulating.....	90
4.7.4 Prosessing.....	90
4.7.5 Cleaning	90
4.8 Analisa Data	90
4.8.1 Analisa Univariat.....	90
4.8.2 Analisa Bivariat	91
4.9 Etika Penelitian	93
4.9.1 Otonomi	92
4.9.2 Kerahasiaan	92
4.9.3 Keadilan.....	92
4.9.4 Kemanfaatan.....	92
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	95
5.1 Hasil Penelitian.....	95
5.1.1 Karakteristik Responden	95
5.1.2 Peran Perawat Edukator terhadap Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember	97
5.1.3 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember.....	97
5.1.4 Hubungan Peran Perawat Edukator dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di RSD Balung Kabupaten Jember	98
5.2 Pembahasan.....	98
5.2.1 Karakteristik Klien Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember	98
5.2.2 Peran Perawat Edukator terhadap Pasien Pre Operasi di RSD Balung.....	102
5.2.3 Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung.....	106
5.3 Keterbatasan Penelitian	112
5.4 Implikasi Keperawatan	113

BAB 6. PENUTUP	114
6.1 Simpulan	114
6.2 Saran	114
6.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	114
6.2.2 Bagi Klien Katarak.....	114
6.2.3 Bagi Masyarakat.....	114
6.2.4 Bagi Pasien	115
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN.....	121

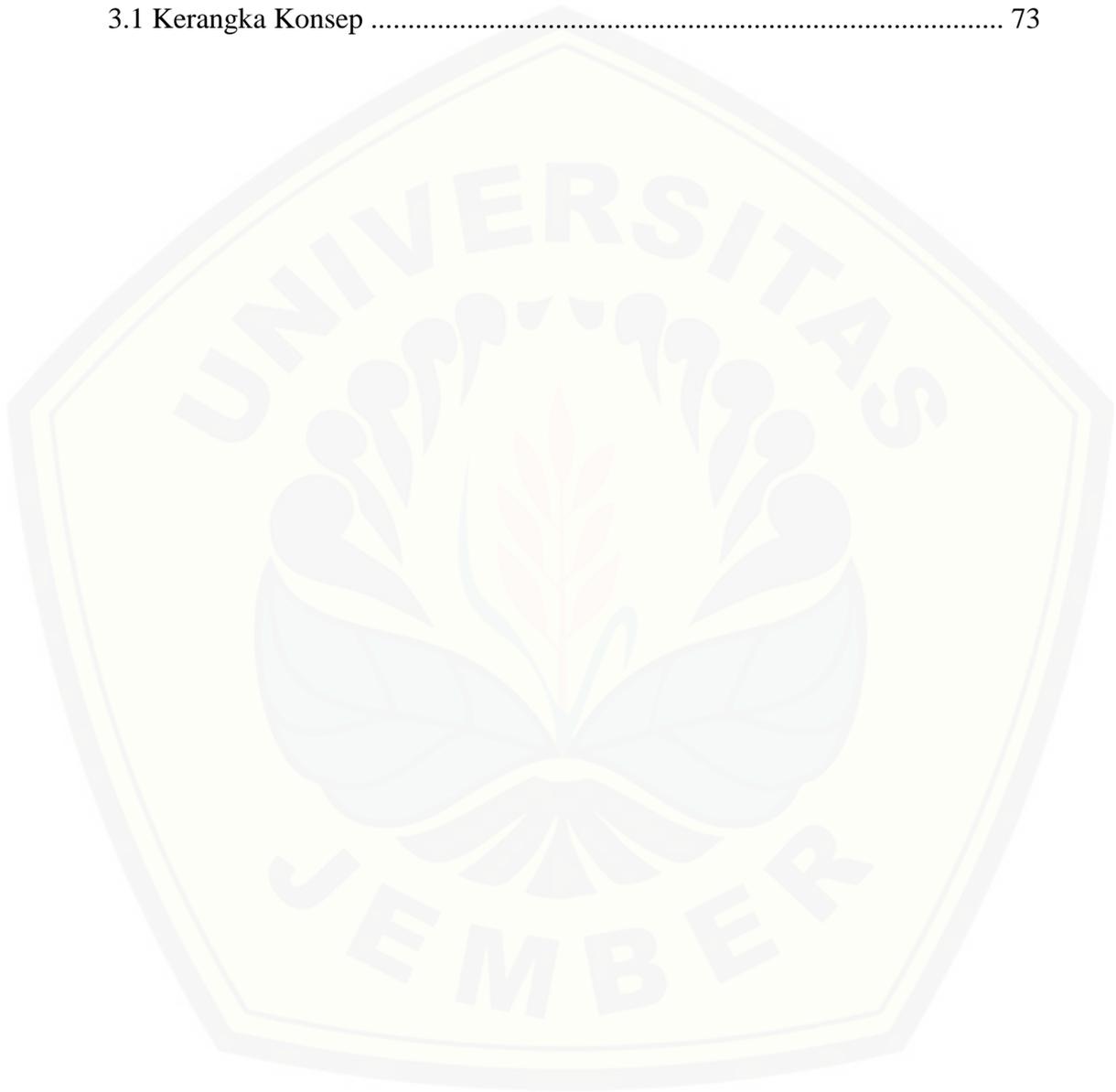


DAFTAR TABEL

	halaman
1.1 Keaslian Penelitian	8
2.1 Tingkat Kecemasan HARS	44
4.1 Definisi Operasional	79
4.2 Kategorisasi Peran Perawat	84
4.3 Blueprint kuesioner peran perawat Educator	85
4.4 Data simulasi CVI	88
4.5 Hasil Uji Normalitas	91
5.1 Karakteristik klien	96
5.2 Karakteristik klien	96
5.3 Distribusi peran perawat	96
5.4 Distribusi Tingkat Kecemasan	97
5.5 Hasil Uji Statistik	98

DAFTAR GAMBAR

	halaman
2.1 Rentang Respon Kecemasan	54
2.2 Konsep Teori	72
3.1 Kerangka Konsep	73



DAFTAR LAMPIRAN

	halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	122
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	123
Lampiran 3. Kuesioner A (Peran Perawat Educator)	124
Lampiran 4. Kuesioner B (Tingkat Kecemasan)	127
Lampiran 5. Lembar Pernyataan Tidak Melakukan Studi Pendahuluan	130
Lampiran 6. Lembar Konsul DPU dan DPA	131
Lampiran 7. Hasil Analisis Univariat dan Bivariat	136
Lampiran 8. Dokumentasi	161
Lampiran 9. Surat Rekomendasi Peneltiain.....	164

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Katarak merupakan keadaan dimana terjadi kekeruhan pada lensa serabut atau bahan lensa di dalam lensa (Muttaqin dan Sari, 2009). Katarak hanya dapat diobati dengan menggunakan teknik pembedahan (Ilyas, 2008). Pembedahan merupakan stresor kecemasan pasien yang akan menjalani proses pembedahan (Hawari, 2011). Penanggulangan buta akibat katarak yang paling tepat adalah dengan menggunakan tindakan operasi katarak yang optimal, karena tingkat keberhasilan operasi katarak terbukti telah berhasil memulihkan penglihatan seseorang secara bermakna dan menghasilkan tingkat komplikasi yang rendah pasca operasi (Depkes RI, 2017).

Kecemasan yang dialami oleh pasien yang akan menjalani tindakan pembedahan merupakan respon yang wajar (Mitchell, 2005). Akan tetapi ketakutan dan kecemasan pasien sering lebih tinggi dari pada penyakit yang sebenarnya (Soetjningsih, 2008). Tingginya kecemasan pasien cenderung memperlemah tindakan keperawatan atau memperlambat proses penyembuhan penyakit pasien (Pieter, 2017). Kecemasan pasien yang tidak ditangani ketika akan menjalani tindakan pembedahan akan mengakibatkan munculnya tanda-tanda fisiologis karena stres meliputi peningkatan kecepatan pola pernafasan, peningkatan tekanan darah, telapak tangan berkeringat, perubahan pola tidur, dan sebagainya. Kecemasan yang menjadi stres mengakibatkan peningkatan pemecahan protein, risiko infeksi, penyembuhan luka lambat, respon imun berubah, dan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Tanda - tanda cemas dan cara pasien dalam menunjukkan kecemasannya tidak sama untuk setiap pasien di tahap pre operasi katarak (Baradero, 2005).

Kecemasan adalah suatu hal yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau disertai

dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Ramaiah, 1999). Kecemasan sering muncul pada pasien yang akan menjalani operasi katarak. Kecemasan ini tidak hanya mengganggu pasien, tetapi juga membuat prosedur operasi menjadi lebih sulit bagi tenaga medis (Barnet dan Ryan, 2018). Tingkat kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan pasien menjadi gelisah dan mengganggu koorperatif antara pasien dan tenaga medis saat operasi katarak dilakukan, sehingga mempengaruhi hasil yang diharapkan (Thomas *et al.*, 2003).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Iis Hasmawa pada tahun 2016 yang berjudul Identifikasi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi di Rumah Sakit Umum Bahteramas Sulawesi Tenggara didapati bahwa kecemasan yang dialami oleh pasien yang akan melakukan operasi dari 30 pasien 3 pasien mengalami tingkat kecemasan berat, 16 pasien mengalami tingkat kecemasan sedang, dan 11 pasien mengalami tingkat kecemasan ringan. Penelitian serupa dilakukan oleh Sri Agus Wahyuni dengan judul Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak di Kabupaten Jember didapati bahwa pasien pre operasi katarak yang mengalami tingkat kecemasan sedang sebanyak 7 pasien, 19 pasien mengalami tingkat kecemasan ringan, 6 pasien tidak mengalami kecemasan dan tidak ditemukan pasien dengan tingkat kecemasan berat.

Kecemasan mempunyai efek yang besar baik terhadap kualitas maupun terhadap intensitas pengalaman nyeri pasien. Pasien yang cemas lebih sensitif terhadap nyeri. Ketakutan akan nyeri atau anitsipasi terhadap tingkat nyeri yang tinggi akan meningkatkan kecemasan pasien (Niven, 2000). Hal itu sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Apriyansah, Siti Romadoni, dan Desy Adrionovita terkait dengan Hubungan Antara Kecemasan Preoperasi dengan Derajat Nyeri Pada Pasien *Post Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Pada Tahun 2014 yang didapati bahwa pasien dengan intervensi bedah yang mengalami kecemasan sedang dan berat berkemungkinan mengalami komplikasi nyeri dengan skala sedang maupun berat juga.

Peran diartikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya (Asmadi, 2008). Peran perawat adalah seperangkat

tingkah laku yang dilakukan perawat sesuai dengan profesinya (Kusnanto, 2004). Peran perawat sebagai *educator* ditunjukkan untuk memberikan penjelasan informasi penyakit, kondisi klien maupun rencana pengobatan, memberi nasehat dan memfasilitasi klien dalam pengajaran, mengajarkan perilaku sehat dan mendukung kemampuan klien, serta memberikan contoh perilaku terkait kesehatan. Pemanfaatan keterampilan perawat tentang pengetahuan perawat untuk mengatasi kecemasan pasien yang akan melakukan tindakan pembedahan perlu dilakukan untuk pemulihan pasien maupun persiapan pasien (Mitchell, 2005). Kurang pengetahuan tentang operasi, pascaoperasi, dan takut tentang beberapa aspek pembedahan merupakan faktor kecemasan pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang apa yang diperkirakan akan membantu mengurangi kecemasan pasien (Engram, 1996). Hal itu sesuai dengan penelitian Wahyuni (2015) terkait dengan hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember ditemukan hasil terdapat hubungan tingkat pengetahuan tentang perioperatif katarak dengan tingkat kecemasan pada klien pre operasi katarak di RSD dr. Soebandi Jember.

Tugas utama peran perawat *educator* dalam hal ini melakukan edukasi kepada pasien maupun keluarga pasien. Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan kepada pasien dan keluarga pasien sehingga perawat memiliki posisi utama dalam memberikan pengajaran terhadap pasien dan keluarga pasien (Bastable, 2002). Tujuan perawat memberikan edukasi pasien ialah untuk mempertahankan kondisi sehat pasien, meningkatkan kesehatan, dan mencegah terjadinya suatu penyakit dan komplikasi (Potter dan Perry, 2005). Pendidikan yang dilakukan kepada pasien berfokus kepada kebutuhan pembelajaran pasien dalam waktu singkat. Pembelajaran tentang persiapan pasien untuk suatu prosedur, yang memberikan tekanan pada manfaat informasi dapat membuat pasien lebih mampu mengatasi secara efektif jika diajarkan mengenai apa yang akan mungkin terjadi.

Dampak yang terjadi apabila perawat tidak memberikan edukasi dan pengajaran kepada pasien yaitu pasien akan merasa cemas dengan kondisinya,

pasien merasa takut saat dilakukan prosedur pengobatan maupun perawatan. Adapun hal yang terjadi apabila perawat memberikan edukasi dan pengajaran yaitu pasien akan termotivasi untuk mempertahankan tingkat kesehatan yang optimal, mencegah penyakit, menangani penyakit, dan mengembangkan keterampilan individu untuk merawat diri dan keluarga secara mandiri (Bastable, 2002).

Rumah sakit daerah Balung merupakan rumah sakit yang terletak di kabupaten Jember bagian selatan diaman daerah tersebut dekat dengan pesisir dan mayoritas pekerjaan yang dilakukan oleh masyarakat disana merupakan pelayan dan petani dengan risiko terkena penyakit katarak yang lebih besar dibandingkan pekerjaan yang berada di dalam ruangan hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Tana dkk (2006), yang menunjukkan bahwa presentasi katarak pada kelompok pekerjaan petani, nelayan buruh cukup tinggi 2,5 kali lebih besar dibandingkan pada pegawai. Pekerjaan petani, buruh, nelayan dikategorikan pekerjaan diluar gedung menyebabkan paparan sinar matahari yang lebih. Pekerjaan diluar gedung dan pajan sinar radiasi UV B dari sinar matahari merupakan faktor yang berhubungan dengan terjadinya kekeruhan lensa yang menimbulkan katarak. Pajanan UV akut mempunyai efek pada kulit, kornea dan lensa mata. Pada pajanan kronis UV dengan tingkat bermakna dan waktu berlebihan akan menyebabkan kekeruhan lensa.

Perawat sebagai tenaga pemberi asuhan keperawatan diharapkan mampu menjalankan perannya sebagai *educator* dalam memberikan pendidikan dan pengajaran kesehatan, guna memberikan pengetahuan kepada pasien dan mengatasi kecemasan pasien saat akan melakukan operasi katarak. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti tentang hubungan peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasie pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi pelaksanaan peran perawat sebagai *educator* di Rumah Sakit Balung Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Balung Kabupaten Jember;
- d. menganalisis hubungan peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembang Ilmu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kompetensi peserta didik, terutama bagi calon perawat dengan menjadikan hasil penelitian ini tambahan

informasi, studi literatur, serta pengembangan penelitian tentang peran perawat sebagai *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di rumah sakit.

1.4.2 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi rujukan untuk pelaksanaan peran perawat sebagai *educator* sehingga dapat menangani kecemasan pasien pre operasi katarak untuk mencapai kesembuhan pasien sesuai dengan yang diharapkan.

1.4.3 Bagi Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan untuk mengetahui pentingnya peran perawat *educator* terhadap kecemasan pasien pre operasi katarak di rumah sakit, sehingga perawat dapat melaksanakan perannya sebagai perawat *educator* dengan optimal.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi masyarakat sehingga harapannya masyarakat dapat memberikan masukan bagi perawat untuk meningkatkan perannya sebagai *educator* yang baik terkait pengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi katarak.

1.4.5 Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan menambah pengetahuan tentang peran perawat sebagai *educator* terhadap kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi salah satu acuan untuk peneliti selanjutnya.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah penelitian yang dilakukan Riah Rohma Wati dengan judul hubungan peran perawat sebagai *educator* dengan motivasi sembuh pasien Tuberculosis paru di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember. Tujuan penelitian tersebut menganalisis peran perawat sebagai *educator* dengan motivasi sembuh pasien *Tuberculosis* paru di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan jenis penelitian *observasional analitik* melalui pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sample menggunakan *purposive sampling* dengan melibatkan 57 responden.

Adapun perbedaan penelitian yang dilakukan saat ini dengan penelitian sebelumnya yang dapat dilihat pada tabel 1.1 tentang matrik penelitian.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1.	Judul penelitian	hubungan peran perawat sebagai <i>educator</i> dengan motivasi sembuh pasien <i>Tuberculosis</i> paru di ruang rawat inap Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember	hubungan peran perawat <i>educator</i> dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember
2.	Peneliti	Riah Rohma Wati	Nur Afif Abdullah
3.	Tahun Penelitian	2015	2018
4.	Tempat	Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember	Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Kabupaten Jember
5.	Rancangan penelitian	penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian <i>observasional analitik</i> dan menggunakan teknik pengambilan sample <i>purposice sampling</i> dengan melibatkan 57 responden	penelitian kualitatif dengan jenis penelitian <i>observasional analitik</i> dan menggunakan teknik pengambilan sample <i>acidental sampling</i> dengan melibatkan 33 responden

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Katarak

2.1.1 Definisi Katarak

Katarak adalah suatu kondisi di mana pada serabut atau bahan lensa di dalam kapsul lensa menjadi keruh. Terjadinya kekeruhan lensa bisa disebabkan oleh penggunaan kortikosteroid jangka panjang, penyakit lokal, tindakan pembedahan, dan gangguan perkembangan metabolisme dasar lensa (Muttaqin dan Sari, 2009).

Katarak adalah opasitas atau perubahan warna yang terjadi pada lensa mata kristal yang biasanya bening. Penyebab dasar gangguan penglihatan pada pasien dengan katarak adalah gangguan kemampuan refraktif lensa berawan, menyebabkan berbagai jenis dan tingkat cacat visual. Tanpa intervensi bedah, katarak dapat menyebabkan kebutaan pada akhirnya (Houde, 2007).

2.1.2 Etiologi Katarak

a. Jenis Kelamin

Kejadian katarak dipengaruhi oleh jenis kelamin manusia. Penyakit katarak lebih berisiko pada wanita dibandingkan dengan pada pria. Hal tersebut disebabkan oleh gangguan hormonal yang dialami oleh wanita saat mengalami *menopause* yang biasanya menimbulkan gangguan hormonal sehingga jaringan yang tumbuh menjadi mudah rusak. Penelitian yang dilakukan oleh *Framingham Eye study* di Punjab India menunjukkan hasil bahwa penderita penyakit katarak

berjenis kelamin wanita lebih tinggi dibandingkan dengan penderita penyakit katarak berjenis kelamin laki-laki diatas umur 60 tahun (Awopi et al, 2016).

b. Indeks Massa Tubuh

Indeks massa tubuh (IMT) dihitung sebagai berat dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi dalam meter (kg/m) dan sering diidentifikasi sebagai faktor resiko katarak. Karena ada beberapa hal yang mungkin berhubungan (Grag et al, 2004) yaitu:

- 1) IMT mempengaruhi kadar glukosa, yang dikaitkan dengan peningkatan resiko menderita katarak;
- 2) IMT yang lebih tinggi juga meningkatkan konsentrasi asam urat dan resiko asam urat, yang dikaitkan dengan katarak dalam beberapa penelitian;
- 3) IMT juga merupakan penentu hipertensi yang memiliki hubungan kontroversial dengan katarak.

c. Pendidikan dan Ekonomi

Pendidikan yang lebih rendah dan pendapatan yang lebih rendah terkait dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas dari sejumlah penyakit, bahkan setelah mengendalikan faktor-faktor resiko yang diketahui. Hubungan ini dikaitkan dengan kurangnya sumber daya perawatan kesehatan, perilaku beresiko tinggi, paparan terhadap pekerjaan berbahaya atau lingkungan rumah yang merugikan, dan gizi buruk. Akan tetapi orang dengan pendidikan yang tinggi tidak menjamin beresiko terkena katarak (Grag et al, 2004).

Pendidikan dikaitkan dengan pengetahuan, sikap dan pemahaman seseorang mengenai penyakit katarak, dengan pendidikan yang rendah dan kurangnya

ekonomi akan berdampak pada ketidaktahuan seseorang tentang katarak atau informasi yang diterima akan kurang. Hal ini akan menyebabkan semakin parahnya katarak yang diderita, apabila mendapatkan penanganan yang kurang (Ulandari et al, 2016).

d. Merokok

Merokok dianggap meningkatkan resiko katarak, dengan meningkatnya stres oksidatif pada lensa. Stres oksidatif pada lensa dapat disebabkan oleh radikal bebas yang dihasilkan oleh reaksi di hadapan asap tembakau atau polutan udara lainnya. Radikal bebas ini dapat secara langsung merusak protein lensa dan membran sel serat di lensa (Weintarub, 2002).

e. Diabetes Militus

Pada penderita penyakit Diabetes Militus disaat mengalami hiperglikemi pemecahan glukosan didalam lensa yang sebagian besar melalui jalur glikolisi anaerobik menjadi cepat jenuh sehingga pemecahan glukosa akan memilih jalur poliol. Pada tahap poliol penderita penyakit Diabetes Militus kadar enzim Poylol Dehydrogenase rendah sehingga pemecahan glukosa menjadi sorbitol pada tahap ini menumpuk pada lensa (Lukita sari, 2011).

f. Pekerjaan

Pekerjaan diluar gedung dan terpajan radiasi UV B dari sinar matahari merupakan faktor yang berhubungan dengan berkembangnya katarak. Paparan UV akut mempunyai efek pada kulit, kornea dan lensa mata. Pada paparan kronis UV dengan tingkat bermakna dan waktu yang berlebihan akan menyebabkan hilangnya elastisitas pada kulit dan kekeruhan lensa (Laila et al, 2017)

g. Alkohol

Alkohol didalam tubuh manusia dapat mempengaruhi penyerapan nutrisi dimana penyerapan nutrisi lensa terutama protein dapat terganggu yang dapat menjadikan kekeruhan lensa (Laila et al, 2017)

h. Paparan Sinar Ultraviolet

Sinar ultraviolet dalam hal ini erat kaitannya dengan pekerjaan dan aktivitas. Paparan sinar ultraviolet ke mata yang berasal dari matahari akan diserap oleh protein lensa dan kemudian akan menimbulkan reaksi fotokimia sehingga akan terbentuk radikal bebas atau sposis oksigen yang bersifat sangat reaktif. Reaksi tersebut akan mempengaruhi struktur protein lensa yang menyebabkan kekeruhan lensa yang disebut dengan katarak (Ulandari et al, 2016)

2.1.3 Gejala Klinik Katarak

a. Silau

Pasien katarak sering melaporkan sensitivitas terhadap cahaya, yang dapat bervariasi dalam keparahan dari penurunan sensitivitas kontras di lingkungan yang terang. Sensitivitas ini sangat menonjol pada katarak subkapsular posterior dan, kadang-kadang pada perubahan lensa posterior. Pengecekan sensitivitas terhadap cahaya dilakukan terhadap pasien katarak dengan tujuan untuk mengukur tingkat gangguan penglihatan yang disebabkan oleh keberadaan cahaya yang terletak di bidang visual pasien (*American Academy of Ophthalmology*, 2011).

b. Penurunan Ketajaman Penglihatan

Berbagai jenis katarak memiliki efek yang berbeda pada ketajaman visual, tergantung pada cahaya, ukuran pupil, dan tingkat miopia. Penurunan ketajaman visual dapat mengganggu aktivitas penderita katarak (*American Academy of Ophthalmology*, 2011).

c. Perubahan Sensitivitas Terhadap Kontras

Sensitivitas terhadap kontras adalah kemampuan untuk mendeteksi ketajaman variasi dalam bayangan. Hal tersebut diuji dengan penggunaan kartu yang dirancang khusus, di mana didalamnya terdapat angka-angka yang kontras, *luminance*, dan frekuensi spasial. Karena pasien dengan kelainan okular telah berubah sensitivitas penglihatannya terhadap cahaya yang berkurang (*American Academy of Ophthalmology*, 2011).

d. Rabun Jauh

Perkembangan katarak dapat meningkatkan kekuatan dioptrik lensa, biasanya menyebabkan tingkat miopia ringan hingga sedang. pasien dengan *hyperopic presbyopic* mengalami pandangan kedua. Fenomena ini dijumpai pada katarak nuklear dan menghilang ketika kualitas optik dari lensa kristal semakin memburuk (*American Academy of Ophthalmology*, 2011).

e. Diplopia monolular atau polypia

Perubahan posisi nuklear ke lapisan bagian dalam dari nukleus lensa, menghasilkan beberapa daerah refraktif di pusat lensa. Area-area seperti ini dapat dilihat sebagai ketidakteraturan dalam refleksi merah pada retinoscopy atau ophthalmoscopy. Diplopia monokuler juga dapat terjadi dengan opasitas okular

maedia lain atau gangguan mata lainnya (*American Academy of Ophthalmology*, 2011).

2.1.4 Klasifikasi Katarak

a. Katarak kognital

Kekeruhan lensa yang terjadi sejak lahir merupakan katarak kognital dimana hal ini dapat terjadi disebabkan oleh gangguan perkembangan embrio intrauteri. Gangguan embrio intrauteri yang menyebabkan katarak dikarenakan gangguan metabolisme lensa (serat-serat) pada saat pembentukan lensa yang terlihat ketika bayi lahir sampai berusia 1 tahun (Muttaqin dan Sari, 2009)

b. Katarak juvenil

Katarak juvenil merupakan katarak lanjutan dari katarak kognital yang dapat terlihat pada bayi lebih dari 1 tahun akibat komplikasi lokal pada suatu mata (Muttaqin dan Sari, 2009)

c. Katarak senil

Katarak senil terlihat mulai dari usia 50 tahun dimana katarak ini gangguan tajam penglihatan semakin menurun secara perlahan maupun cepat (Pada penyakit Diabetes Militus). Degenerasi serat lensa yang disebabkan oleh proses penuaan merupakan penyebab terjadinya katarak senil (Smeltzer, 2003).

d. Katarak kortikal

Katarak kortikal adalah jenis katarak yang paling umum dari tiga jenis katarak murni. Meskipun beberapa jenis katarak awalnya terjadi sebagai tipe murni, dalam beberapa hal ketika katarak berkembang menjadi berubah sehingga

daerah anatominya lainnya terpengaruh. Katarak kortikal terjadi disebabkan lapisan kortikal kurang rapat dengan nukleus dan terjadi hidrasi yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan elektrolit, yang akhirnya mengarah ke gangguan serat lensa kortikal seperti yang ditunjukkan pada katarak diabetes dan galaktosemia.

e. Katarak nuklear

Katarak nuklear terjadi karena pengerasan sklerosis normal yang berlebihan dan menguningnya nukleus pada pasien lansia. Katarak nuklear cenderung berkembang lambat, dengan ketajaman visual pasien yang tersisa dalam kisaran 6/9 untuk periode yang berkepanjangan. Ketika nukleus semakin mengeras indeks bias lensa berubah, biasanya mengakibatkan peningkatan miopia dan astigmatisme.

f. Katarak subcapsular *posterior*

Katarak subcapsular *posterior* (PSCs) lebih jarang dijumpai dibandingkan dengan katarak nuklear atau katarak kortikal akan tetapi sering terjadi kombinasi dengan katarak nuklear maupun katarak kortikal. PSC mudah dilihat pada retroiluminasi karena biasanya terletak di pusat. Pada gejala awal pasien sering mengeluhkan silau dan sulit fokus terhadap pada objek, terutama pada jarak dekat. Hal ini disebabkan ketika pupil berkonstriksi selama akomodasi, cahaya yang masuk ke mata menjadi terkonsentrasi secara terpusat, dimana PSC juga berada, menyebabkan hamburan cahaya dan mengganggu kemampuan mata untuk memfokuskan gambar pada makula. PSC dapat disebabkan oleh beberapa

penyebab seperti hasil dari iradiasi atau konsumsi steroid, atau bisa juga terkait dengan diabetes, miopia tinggi, degenerasi retina, dan atrofi *gyrat*.

g. Katarak campuran

Katarak campuran adalah ketika katarak lebih dari satu variasi terjadi bersamaan. Katarak biasanya dimulai sebagai satu jenis, tetapi pada akhirnya bisa menjadi katarak campuran karena daerah lensa lain terlibat dalam proses degeneratif. Katarak campuran menunjukkan bahwa katarak telah berada di tingkat tertentu dan perkembangannya harus diamati lebih dekat. Pasien dengan katarak campuran cenderung memiliki lebih banyak gejala visual.

h. Katarak *mature*

Lensa dapat membengkak dan meningkatkan volume dengan cepat karena hidrasi dari korteks lensa. Pembukaan lensa yang lengkap disebut dengan katarak *mature*. Jika bahan cair kotikal tidak diserap kembali, inti padat dapat tenggelam ke bagian bawah tas lensa, hal ini disebut dengan katarak *morganian*. Hal tersebut menyebabkan katarak *mature*.

i. Katarak kapsular

Kapsul lensa mata dapat menjadi keruh terkait katarak berhubungan dengan faktor usia. Kekeruhan kapsul lensa dapat terjadi juga pada uveitis yang berhubungan dengan sinekia posterior atau sekunder terhadap.

2.1.5 Patofisiologi Katarak

Dengan faktor usia maupun faktor yang lain menyebabkan gangguan pada protein lensa dimana hal ini menyebabkan perubahan fisik dan kimia di dalam lensa

yang. Perubahan ini ditandai dengan penglihatan menjadi distorsi yang disebabkan oleh perubahan pada serabut multiple (zunula). Perubahan kimi dalam protein lensa menyebabkan koagulasi di dalam lensa dimana protein di dalam lensa yang tidak terlarut dalam lemak (*insoluble*) lebih tinggi dibandingkan dengan protein yang terlarut dalam lemak (*soluble*). Pada semua kemungkinan patogenesis katarak dapat terjadi multifaktoral interaksi fisiologis yang bermacam macam mengingat sebagaimana seiring usia, perkembangan lensa menjadi lebih tebal sedangkan akomodasi menurun (Murtiarasari dan Hindayani, 2011).

2.1.6 Penatalaksanaan Katarak

Pengobatan untuk penyakit katarak adalah dengan cara pembedahan yang dilakukan jika penderita tidak dapat melihat dengan baik dengan bantuan kaca mata untuk melakukan kegiatannya sehari-hari. Beberapa penderita mungkin merasa penglihatannya lebih baik hanya dengan mengganti kaca matanya, menggunakan kaca mata bifokus yang lebih kuat atau menggunakan lensa pembesar. Jika katarak tidak mengganggu biasanya tidak perlu dilakukan pembedahan (Murtiarasari dan Hindayani, 2011).

Adapun indikasi pasien dilakukan pembedahan sebagai berikut:

a. indikasi optik

Penurunan tajam penglihatan yang dapat mengganggu kegiatan sehari hari menjadikan indikasi optik merupakan indikasi terbanyak dilakukannya pembedahan katarak.

b. indikasi medis

Beberapa keadaan yang mempengaruhi keadaan medis pasien membuat operasi harus dilakukan dengan segera jika prognosis pengaruhnya menjadi buruk diantaranya:

- 1) glaukoma sekunder
- 2) katarak hiper matur
- 3) uveitis sekunder
- 4) ablasio retina
- 5) benda asing *intra*lentikuler
- 6) dislokasi/subluksasio lensa
- 7) retinopati diabetika

c. indikasi kosmetik

Jika penglihatan hilang sama sekali akibat kelainan retina atau nervus optikus, namun kekeruhan katarak secara kosmetik tidak dapat diterima, misalnya pada pasien muda, maka operasi katarak dapat dilakukan hanya untuk membuat pupil tampak hitam meskipun penglihatan tidak akan kembali.

2.1.7 Teknik Operasi Katarak

a. *Intracapsuler Cataract Extraction (ICCE)*

Pembedahan dengan mengeluarkan seluruh lensa bersama dengan kapsul. Setelah zonula dipisahkn, lensa diangkat dengan *cryoprobe*, *cryoprobe*, yang diletakan secara langsung pada kapsula lentis. Bedah beku dilakukan berdasar pada suhu pembekuan untuk mengangkat suatu lesi atau abnormalitas. Instrumen

bedah beku bekerja dengan prinsip bahwa logam dingin akan melekat pada benda yang lembap. Ketika *cryoprobe* diletakan secara langsung pada kapsula lentis, kapsul akan melekat pada probe. Lensa kemudian akan diangkat secara lembut. Yang dahulu merupakan cara pengangkatan katarak utama (Muttaqin dan Sari, 2009).

b. Extracapsular Cataract Extraction (ECCE)

Ekstraksi katarak ekstrakapsuler (*extracapsular cataract extraction/ ECCE*) merupakan teknik yang lebih disukai dan mencapai 98% pembedahan katarak dilakukan dengan cara ini. Mikroskop digunakan untuk melihat struktur mata selama pembedahan. Prosedur ini meliputi pengambilan kapsula anterior, menekan nukleus lentil ke luar, dan menghisap sisa fragmen kortikal lunak menggunakan irigasi dan alat isap. Dengan meninggalkan kapsula posterior dan zona lentil tetap utuh, dapat mempertahankan arsitektur bagian posterior mata, sehingga mengurangi insiden komplikasi yang serius (Muttaqin dan Sari, 2009).

c. Small Incision Cataract Surgery (SICS)

Pembedahan SICS merupakan teknik operasi katarak yang dilakukan pada umumnya di negara berkembang, teknik pembedahan ini menghasilkan hasil yang baik dan optimal untuk digunakan pada operasi katarak dengan volume yang tinggi. Tekni pembedahan ini dilakukan dengan cara insisi 6 mm pada sclera dengan jarak 2 mm dari limbus. Dengan teknik ini dilakukan CCC, hidredelinasi, hidrodiseseksi, dan pengeluaran nukleus dengan manual, korteks dikeluarkan dengan cara aspirasi kemudian dipasang IOL (Murtiarasari dan Hindayani, 2011).

d. *Phacoemulsification*

Phacoemulsifikasi adalah teknik yang paling mutakhir. Penghancuran nukleus pada lensa pada teknik pembedahan ini menggunakan getaran ultrasonik yang sebelumnya menggunakan pisau tajam. Phacoemulsifikasi menghasilkan luka sayatan yang kecil sehingga iritasi dan penyulit pra operasi sangat kecil. Teknik ini kurang efektif dilakukan pada penyakit katarak yang kurang padat (Murtiarsari dan Hindayani, 2011).

2.1.8 Komplikasi

Terdapat banyak komplikasi yang bisa terjadi dari operasi katarak dan komplikasi ini dibagi menjadi (Murtiarsari dan Hindayani, 2011) :

a. intraoperasi

Komplikasi pada intraoperasi selama ECCE atau Phacoemulsifikasi disebabkan karena pendangkalan ruang anterior dikarenakan pemasukan dan keseimbangan *solution* garam di dalam ruang anterior tidak adekuat. Tekanan positif pada vitreus, tekanan luar bola mata, kebocoran akibat insisi yang terlalu lebar dan pendarahan pada suprachoroidal juga merupakan komplikasi pada tahap intraoperasi.

b. post operasi

Komplikasi selama post operasi dibagi dalam *early complication post operation* dan *late complication post operation* yang diantaranya:

1) hilangnya vitreous

Hilangnya vitreous disebabkan oleh kapsul posterios mengalami kerusakan selama tahap intraoperasi. Kerusakan vitreous merupakan risiko terjadinya glaukoma yang menimbulkan komplikasi pasca operasi.

2) prolaps iris

Prolaps iris memungkinkan terjadinya distorsi pupil yang menyebabkan komplikasi pasca pembedahan katarak dilakukan dengan membutuhkan tindakan pembedahan segera untuk mengatasinya.

3) astigmatisme pascaoperasi

komplikasi astigmatisme kornea pasca pembedahan perlu dilakukan pengangkatan jahitan kornea untuk mengurangi astigmatisme kornea. Hal ini dilakukan sebelum pengukuran kacamata baru setelah luka insisi sembuh.

4) endoftalmitis

Komplikasi infeksi ekstrakapsular katarak yang terjadi setelah tindakan pembedahan jarang terjadi tapi dengan sifat yang serius diantaranya:

- a) mata menjadi memerah dan terasa nyeri.
- b) beberapa hari setelah pembedahan tajam penglihatan menjadi semakin menurun.
- c) sel darah putih menjadi mengumpul di bilik anterior (hipopion).

5) ablasio retina

Teknik-teknik modern dalam ekstraksi katarak dihubungkan dengan rendahnya tingkat komplikasi ini. Tingkat komplikasi ini bertambah bila terdapat vitreous.

6) opasifikasi kapsul posterior

Pada sekitar 20% pasien, kejernihan kapsul posterior berkurang pada beberapa bulan setelah pembedahan ketika sel epitel residu bermigrasi melalui permukaannya. Penglihatan menjadi kabur dan mungkin didapatkan rasa silau.

7) edema mocular sistoid

hilangnya pada vitrous setelah pembedahan dapat menyebabkan edema pada makula hal ini dapat sembuh seiring waktu akan tetapi dapat menyebabkan penurunan tajam penglihatan.

2.1.9 Prognosis

Tidak adanya penyakit okular lain yang menyertai pada saat dilakukannya operasi maupun setelah operasi mempengaruhi hasil yang diinginkan terkait prognosis setelahnya (Murtiarasari dan Hindayani, 2011).

2.2 Konsep Dasar Pembedahan

2.2.1 Definisi Pembedahan

Pembedahan diartikan sebagai diagnosis dan pengobatan medis atas cedera, cacat, dan penyakit melalui operasi manual dan instrumental. Istilah *surgery* berasal dari istilah Yunani *kheirurgos* yang artinya mengerjakan dengan tangan. Pembedahan merupakan tindakan pengobatan yang menggunakan teknik invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani melalui sayatan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Susetyowati, 2010 dalam budikasi et al 2015). Pembedahan diawali dengan insisi yang bertujuan

untuk membuka bagian tumbuh yang akan ditangani. Setelah bagian yang akan di tangani telah di insisi dan ditangani tindakan ini diakhiri dengan penjahitan atau penutupan luka (Sjamsuhidajat dan Jong, 2005).

2.2.2 Klasifikasi Pembedahan

Pembedahan dilakukan karena beberapa alasan seperti diagnostik, kuratif, reparatif, rekonstruksi dan paliatif. Prosedur diagnostik dilakukan untuk mendapatkan biopsi untuk diagnosis definitif massa. Prosedur kuratif dilakukan untuk mengangkat area yang sakit, seperti pengangkatan kanker payudara atau usus buntu. Prosedur restoratif dilakukan untuk mengembalikan fungsi, seperti pergantian sendi. Prosedur paliatif adalah prosedur yang dilakukan terutama untuk ukuran kenyamanan, seperti tumor debulking. Prosedur kosmetik biasanya dilakukan atas permintaan pasien, kadang-kadang beberapa prosedur kosmetik dapat jatuh kedalam restoratif, kuratif, atau diagnostik.

klasifikasi pembedahan di bagi menjadi 3 antara lain (Mutaqin dan Sari, 2009):

a. menurut tingkat keseriusan pembedahan dibagi menjadi:

1) bedah mayor

Pembedahan yang melibatkan rekontruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak risiko yang tinggi pada kesehatan. Contoh pembedahan ini, *Bypass* arteri koroner, reseksi kolon, dan reseksi lobus paru.

2) bedah minor

Pembedah yang melibatkan perubahan kecil pada bagian anggota tubuh, serubg dilakukan untuk deformitas, dan dengan risiko yang lebih kecil dari pada bedah mayor. Contoh pembedahan ini, ekstraksi katarak, *graft* kulit, dan operasi plastik.

b. menurut tingkat urgensinya pembedahan dibagi menjadi:

1) elektif

Pembedahan yang dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan. Contoh pembedahan ini, rekontruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah

2) gawat

Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien. Contoh pembedahan ini, eksisi tumor ganas, dan pengangkatan batu kantung empedu.

3) darurat

Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ. Contoh pembedahan ini, perforasi apendiks, amputasi traumatik, dan mengontrol perdarahan.

c. menurut tujuannya, pembedahan dibagi menjadi:

1) diagnostik

Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut. Contoh pembedahan ini, Biopsi dan massa tumor.

2) ablatif

Pembedahan dengan tujuan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit. Contoh pembedahan ini: amputasi, dan pengangkatan apendiks.

3) paliatif

Pembedahan paliatif merupakan pembedahan untuk mengurangi atau bahkan menghilangkan gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkan. Contoh pembedahan ini, debridemen jaringan nekrotik, dan kolostomi.

4) rekonstruktif

Pembedahan dengan tujuan mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi atau trauma. Contoh pembedahan ini, fiksasi eksterna fraktur, dan perbaikan jaringan parut.

5) transplantasi

Pembedahan dengan tujuan untuk mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi. Contoh dari pembedahan ini, cangkok (transplantasi) ginjal, dan *total hip replacement*.

6) konstruktif

Pembedahan dengan tujuan untuk mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kognital. Contoh dari pembedahan ini, bibir sumbing, dan penutupan defek katup jantung.

2.2.3 Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah hasil dari perkembangan keperawatan kamar operasi. Fokus keperawatan peroperatif adalah pasien, bukan prosedur atau teknik. Pembedahan dibagi menjadi tiga fase atau tahap, yaitu praoperatif, intraoperatif, dan pascaoperatif. Ketiga tahap tersebut disebut dengan periode perioperatif (Baradero, 2008).

a. Fase pra operatif

Kegiatan pada fase pre operasi meliputi kegiatan pengkajian pre operasi yang di mulai saat pasien maupun wali pasien mengambil keputusan dilakukannya operasi dan diakhiri pada saat pasien mulai memasuki kamar operasi untuk tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Pengkajian pre operasi meliputi pengkajian status fisik, psikologi, dan sosial pasien. Kegiatan lainnya meliputi rencana keperawatan mengenai persiapan untuk tindakan pasien dan implementasi maupun intervensi yang telah direncanakan sebelumnya (Baradero, 2008).

Tahapan dalam fase pre operasi (Muttaqin dan Sari, 2009) meliputi:

1) pengkajian pre operasi

Pengkajian pre operasi yang dilakukan terhadap pasien secara umum dilakukan untuk mendapati permasalahan pada pasien. Pengkajian ini dilakukan sebagai bahan dasar dalam melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian praoperatif secara umum meliputi:

a) pengkajian umum

Pada pengkajian umum yang dilakukan terhadap pasien dimana segala hal – hal yang berhubungan dengan pasien, yang harus diidentifikasi pada saat melakukan pengkajian umum meliputi:

(1) identitas pasien

Pengkajian identitas pasien dilakukan untuk mencegah agar tidak terjadi duplikasi nama pasien atau sebagai pembeda pasien. Umur pasien termasuk ke dalam identitas pasien dengan mengetahui umur pasien guna untuk menentukan jenis tindakan yang akan dilakukan.

(2) jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan

pengkajian jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan berkaitan dengan persiapan finansial pasien yang sangat bergantung pada kemampuan pasien terhadap kebijakan rumah sakit dimana pasien berada.

(3) persiapan umum

Persiapan umum digunakan untuk memastikan bahwa pasien dan keluarga pasien. Pada persiapan umum dilakukan *Informed consent* dilakukan dengan tujuan pasien dan keluarga pasien mengetahui prosedur tindakan yang akan dilakukan, jenis tindakan, dan harapan atau prognosis setelah dilakukannya tindakan.

b) pengkajian riwayat kesehatan

Pada tahap ini ada beberapa tahapan yaitu:

(1) riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan untuk data yang diperlukan sesuai dengan

pembedahan yang ditentukan. Pada pengkajian riwayat kesehatan ini perawat menggunakan teknik wawancara dengan pasien.

(2) riwayat alergi

Riwayat alergi perlu dikaji sebelum dilakukannya pembedahan dengan maksud untuk mewaspadaai berbagai obat yang dapat memicu reaksi alergi pasien saat memasuki tahap intraoperatif. Ketika pasien memiliki riwayat alergi, pasien dipakaikan pita identifikasi alergi pada pergelangan tangan sebelum dilakukannya pembedahan.

(3) kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok pasien perlu dikaji sebelum masuk ke tahap intraoperatif dikarenakan pada saat anestesi meningkatkan iritasi jalan pernafasan dan merangsang reaksi pulmunol. Oleh karena itu pasien dengan kebiasaan merokok memiliki komplikasi paru paru pada fase pasca operasi yang lebih besar dibandingkan pasien yang tidak memiliki kebiasaan perilaku merokok.

(4) kebiasaan mengonsumsi alkohol

Kebiasaan mengonsumsi alkohol perlu dikaji karena kebiasaan tersebut dapat mempengaruhi hasil anestesi yang diharapkan dikarenakan pasien dengan kebiasaan mengonsumsi alkohol memiliki sifat toleran terhadap reaksi dari obat anestesi.

(5) kebiasaan pemakaian narkoba

Kebiasaan pemakaian narkoba atau memiliki riwayat pemakai narkoba perlu dikaji perihal orang dengan kebiasaan ataupun memiliki riwayat narkoba dapat mengganggu pasien dalam mengontrol nyeri dan toleransi terhadap obat

anestesi. Kebiasaan pemakaian ataupun memiliki riwayat pemakaian narkoba berjenis suntikan dapat mengganggu sistem peredaran darah ke dalam vena.

(6) pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dilakukan dengan tujuan untuk memastikan status nyeri pasien sehingga perawatan terhadap pasien lebih optimal. Dalam penatalaksanaan nyeri perawat dan pasien bersifat kemitraan.

c) pengkajian psikososiospiritual

Tindakan pembedahan merupakan salah satu stresor kecemasan pasien yang akan menjalaninya. Pada tahap ini masalah pasien yang terutama merupakan masalah kecemasan. Kecemasan yang dialami pasien menjadi penyebab perubahan fisik maupun psikologis yang menimbulkan peningkatan saraf otonom simpatis. Peningkatan saraf otonom simpatis menyebabkan meningkatnya denyut jantung, meningkatnya frekuensi pernafasan, meningkatnya tekanan darah, dan secara umum mengurangi tingkat energi pasien yang dapat mengganggu pembedahan pasien (Muttaqin dan Sari, 2009).

d) pemeriksaan fisik

pemeriksaan fisik dalam pelaksanaannya ada berbagai pendekatan yang digunakan dengan fokus untuk menemukan data yang memperkuat hasil anamnesis. Pemeriksaan fisik juga dapat digunakan sebagai klarifikasi terhadap pasien tentang data – data yang sudah ditemukan (Muttaqin dan Sari. 2009). Pemeriksaan umum meliputi:

(1) penampilan umum

Pemeriksaan fisik penampilan umum perawat melakukan observasi penampilan umum pasien. Penampilan umum tubuh dapat menggambarkan tanda gejala komplikasi yang berhubungan dengan adanya intervensi pembedahan.

(2) tingkat kesadaran

Penilaian tingkat kesadaran dapat mempersingkat pemeriksaan secara keseluruhan, dengan nilai total maksimum sebesar 15 untuk pasien dengan kesadaran penuh dan nilai minimum 3 untuk pasien tidak memberikan respon. Untuk penurunan dalam waktu yang lama dapat menjadi indikasi bahwa buruknya pemulihan fungsi tubuh.

(3) status nutrisi

Pengkajian status nutrisi pada pasien digunakan untuk memberikan nutrisi yang cukup guna perbaikan jaringan pasca pembedahan dilakukan. Untuk mengkaji status nutrisi menggunakan berat badan dan tinggi badan.

(4) sistem saraf

pengkajian sistem saraf berhubungan dengan evaluasi terhadap reaksi anestesi yang telah diberikan kepada pasien, dimana reaksi obat anestesi dapat mengubah tingkat kesadaran pasien.

(5) tanda - tanda vital

Tanda – vital digunakan untuk pemeriksaan fisik awal yang diukur untuk menentukan status kesehatan pasien. Tanda – tanda vital mengidentifikasi data dasar yang penting untuk bahan evaluasi terhadap perubahan tanda – tanda vital yang terjadi selama dan setelah pembedahan.

(6) sistem endokrin

Tujuan dari mengkaji sistem endokrin adalah untuk mengetahui sistem metabolik pasien. Pada pasien dengan diabetes militus dapat terjadi hipoglikemi, asedosis, maupun glukosuria yang dapat mengancam hidup pasien.

(7) sistem pernapasan

Pemeriksaan sistem pernafasan pre operasi bertujuan untuk mengidentifikasi data dasar dalam merencanakan intervensi pasca operasi dengan tanda – tanda abnormal seperti sianosis, kelelahan, sesak nafas, penilaian produksi sputum, dan lainnya.

(8) sistem kardiovaskuler

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler digunakan untuk mengidentifikasi terkait keadaan yang mempengaruhi kondisi hemodinamik pasien pada tahap intraoperatif dan pasca operatif seperti tekanan darah diatas normal atau bisa disebut dengan hipertensi, frekuensi dan irama nadi yang diperoleh sebelum operasi dan dibandingkan setelah operasi terutama pasien yang mempunyai penyakit jantung.

(9) sistem pencernaan

Pengkajian sistem pencernaan pada pasien yang akan melakukan pembedahan, bising usus pasien yang dijadikan data dasar. Pada saat diberikan anestesi umum pada pasien gerakan peristaltik tidak menjadi normal dan tubuh memerlukan beberapa hari untuk mengembalikannya.

(10) sistem perkemihan

Pengkajian sistem perkemihan terkait dengan fungsi ginjal yang mengekskresi obat – obat anestesi dan metaboliknya. Status asam basa pasien menjadi pertimbangan penting dalam pemberian anestesi terhadap pasien.

(11) sistem integumen

Pengkajian sistem integumen pada saat pra operasi berguna untuk mengetahui kondisi awal integumen pasien karena selama pembedahan pasien berbaring pada posisi tertentu pada waktu yang biasanya pada pembedahan tertentu beberapa jam. Oleh karena itu perawat mengkaji keadaan kulit pasien yang tipis, kering, dan turgor kulitnya buruk terutama pada lansia yang memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan dengan usia yang lainnya.

e) pengkajian diagnostik

Sebelum menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnosis guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostik dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. Perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

f) *Informed Consent*

Sebelum pembedahan dilakukan perlu adanya suatu izin tertulis yang dibuat tanpa paksaan atau sukarela yang disebut denan *Informed Consent*. Izin tertulis tersebut digunakan demi kepentingan bersama baik dari pihak pasien maupun pihak tenaga medis yang akan melakukan tindakan pembedahan guna memberikan

perlindungan masing pihak dari hal – hal yang tidak diinginkan (Potter & Perry, 2006).

Dalam hal ini perawat memiliki tanggung jawab untuk memastikan surat izin tertulis dipahami oleh pasien dan telah ditanda tangani oleh pasien maupun wali pasien dengan syarat-syarat tertentu ketika wali yang menandatangani surat izin tersebut seperti pasien yang tidak sadar, pasien dibawah umur atau pasien yang tidak kompeten. Perawat juga memastikan surat izin tertulis telah diminta oleh dokter. Surat izin tertulis ini diperlukan pada tindakan – tindakan yang bersifat:

- a. Prosedur tindakan pembedahan;
- b. Prosedur tindakan yang memerlukan anastesi;
- c. Prosedur tindakan non bedah dengan risiko melebihi risiko ringan;
- d. Prosedur tindakan yang mencakup terapi radiasi.
- g) Faktor yang mempengaruhi preoperasi

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan kecemasan pasien preoperasi adalah takut terhadap nyeri, kematian, takut tentang ketidaktahuan, takut tentang deformitas dan ancaman lain terhadap citra tubuh (Muttaqin dan Sari, 2009).

- h) Pendidikan preoperasi

Tanggung jawab dari praktisi preoperasi pasien adalah untuk memberikan pendidikan pada pasien, memungkinkan pasien untuk mendapatkan informasi yang cukup agar pasien maupun keluarga pasien dapat mengambil keputusan berdasarkan informasi mengenai keputusan dan pengobatan pasien (Wicker, 2015).

Pendidikan pasien adalah salah satu kontribusi terbesar perawat. Beberapa fasilitas memiliki program dengan pengajaran secara berkelompok atau secara individual. Anggota keluarga atau orang terdekat pasien harus dimasukkan untuk menambah dukungan dan meningkatkan pemahaman tentang operasi yang direncanakan. Persiapan preoperasi pasien dengan mengikutsertakan anggota keluarga akan membantu perawatan di rumah pada fase pasca operasi. Pendidikan kesehatan preoperasi memainkan peran penting dalam keberhasilan prosedur bedah. Pendidikan pasien dan keluarga untuk pasien yang akan menjalani operasi mata termasuk katarak harus mencakupi hal-hal berikut (Rothrock, 2011):

- 1) tujuan dan hasil yang akan diinginkan dari obat tetes mata dan sedasi operasi
- 2) penjelasan tentang apa yang diharapkan dari anestesi
- 3) apa yang diharapkan setelah operasi
- 4) apa yang dilakukan setelah prosedur penggunaan sedasi
- 5) petunjuk lisan dan tertulis untuk penggunaan obat tetes mata dan obat-obatan lainnya
- 6) batasan apapun pada aktivitas (membungkuk, mengangkat, menggosok mata, posisi khusus)
- 7) perawatan luka, kacamata hitam pelindung
- 8) tanda dan gejala komplikasi
- 9) tindak lanjut pasca operasi dari pusat operasi rawat jalan
- 10) siapa yang harus dihubungi dengan pertanyaan atau kekhawatiran
- 11) kontrak tindak lanjut untuk tindakan.

b. Fase intraoperatif

Pada fase intraoperatif diawali dengan pasien di pindahkan ke meja operasi dan diakhiri pada saat pasien dipindahkan ke ruang penyembuhan atau ruang *post anesthesia care unit* (PACU). Pada fase ini perawat berfokus pada kelanjutan pengkajian psikologis, fisiologis, merencanakan dan mengimplementasi intervensi yang telah ditentukan kepada pasien untuk mencegah infeksi luka dan mempercepat penyembuhan pasien (Baradero, 2008).

Dalam fase intraoperatif ruang lingkup kegiatan keperawatan mencakup penyediaan untuk keselamatan pasien, mempertahankan lingkungan aseptik, memastikan fungsi peralatan yang tepat, menyediakan ahli bedah dengan instrumen dan persediaan khusus untuk bidah bedah, dan menyelesaikan dokumentasi yang sesuai. Dalam beberapa kasus, kegiatan keperawatan dapat mencakup memberikan dukungan emosional dengan memegang tangan pasien selama induksi anestesi umum, membantu memposisikan pasien di meja ruang operasi menggunakan prinsip-prinsip dasar penyalarsan tubuh, atau bertindak sebagai scrub, perawat yang bersirkulasi, atau terdaftar perawat asisten pertama (Smeltzer, 2003).

c. Fase Pascaoperatif

Pada fase pascaoperasi yang diawali ketika pasien dipindahkan ke ruang *post anesthesia care unit* (PACU) dan berakhir pada saat pasien di pulangkan dari rumah sakit. Pada fase ini perawat berfokus pada pengkajian fisik dan psikologis pasien diantaranya (Baradero, 2008).

Ruang lingkup asuhan keperawatan mencakup berbagai kegiatan selama periode ini. Pada fase pasca operasi, fokus termasuk mempertahankan jalan nafas pasien, memantau tanda-tanda vital, menilai dari agen anestesi, menilai pasien untuk komplikasi, dan memberikan intervensi dalam menghilangkan nyeri pasca operasi. Kegiatan keperawatan kemudian fokus terhadap pemulihan pasien dan edukasi, perawatan lanjutan, dan rujukan yang penting untuk pemulihan dan rehabilitasi setelah pemulangan pasien (Smeltzer, 2003).

2.2.4 Keperawatan Pre Operasi Katarak

Ruang lingkup kegiatan keperawatan selama waktu ini yaitu menentukan evaluasi awal pasien sebelum hari operasi dengan melakukan wawancara praoperasi yang meliputi tidak hanya fisik tetapi juga penilaian emosional, riwayat anestesi sebelumnya, identifikasi alergi yang diketahui, dan masalah genetik yang dapat mempengaruhi hasil bedah. Perawat juga memastikan bahwa tes yang diperlukan untuk pembedahan telah dilakukan oleh pasien, mengatur layanan konsultatif yang sesuai, dan menyediakan pendidikan persiapan tentang pemulihan dari anestesi dan perawatan pasca operasi (Smeltzer & Bare, 2003).

Pengkajian pre operasi katarak difokuskan pada optimalisasi pembedahan laser oftamologi. Pengkajian riwayat kesehatan diperlukan untuk menghindari komplikasi pada intra operasi dan pasca operasi. Pasien yang mempunyai riwayat peningkatan kadar glukosa darah dan hipertensi harus dikoreksi dahulu sebelum pembedahan (Muttaqin dan Sari, 2009).

Peran utama sebagai perawat praktik atau perawat vokasional yang berlisensi pada fase pra operasi (Williams dan Hopper, 2007) adalah:

- 1) membantu pengumpulan data untuk pengembangan rencana perawatan pasien
- 2) menguatkan penjelasan dan instruksi yang diberikan kepada pasien dan keluarga oleh dokter dan *registered nurse* (RN)
- 3) memberikan dukungan emosional dan psikologis untuk pasien dan keluarga pasien

Ketika mempersiapkan pasien untuk operasi dan membantu dalam pengembangan rencana perawatan, tujuannya adalah untuk mengidentifikasi dan mengimplementasikan tindakan yang mengurangi faktor risiko bedah. Perawatan pra operasi berfokus untuk membantu pasien mencapai hasil operasi terbaik dengan berada dalam kondisi yang paling sehat untuk operasi.

2.2.5 Keperawatan Intra Operasi Katarak

Keperawatan intra operasi katarak bertujuan untuk menurunkan risiko cedera, pencegahan kontaminasi intra operasi, dan optimalisasi pembedahan (Muttaqin dan Sari, 2013). Tahap intra operasi dimulai dengan pemindahan pasien ke tempat tidur di kamar operasi sampai pasien dipindahkan ke unit pasca anestesia (Baradero, 2008).

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

a. pengangkatan lensa

Ada 4 macam pembedahan yang digunakan untuk mengangkat lensa antara lain *intra capsular cataract extraction* (ICCE), *extra capsular cataract extraction* (ECCE), *small incision cataract surgery* (SICS), dan *phacoemulsification*.

b. penggantian lensa

Penggantian lensa pada pasien yang telah menjalani pembedahan katarak menggunakan lensa buatan sebagai pengganti lensa yang menjadi keruh karena beberapa hal. IOL, lensa kontak, dan kaca mata apakia digunakan untuk koreksi setelah lensa diangkat. Penggunaan kaca mata apakia hanya mampu memperbesar objek 25-30 persen yang menimbulkan distorsi (beda nampak jauh lebih dekat dari sebenarnya) akan tetapi kaca mata apakia dapat memberikan tajam penglihatan sentral yang baik.

2.2.6 Keperawatan Post Operasi Katarak

Pada periode ini kegiatan dalam ruang lingkup keperawatan berfokus untuk mencegah nyeri, menghilangkan nyeri dan menstabilkan kembali equilibrium fisiologis pasien (Potter & Perry, 2005). Menurut Smeltzer & Bare (2003) terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan post operasi katarak antara lain:

a. pembatasan aktivitas

1) aktivitas yang diperbolehkan meliputi:

a) membaca atau menonton televisi tetapi jangan terlalu lama.

- b) memakai penutup mata seperti yang dianjurkan.
- c) melakukan pekerjaan hanya tidak berat.
- d) bila memakai sepatu jangan membungkuk tetapi angkat kaki ke atas.
- e) aktivitas dengan duduk.
- f) ketika tidur terlentang atau miring dan memakai pelindung mata.
- g) berlutut dan jongkok saat mengambil sesuatu di lantai.
- 2) aktivitas yang tidak diperbolehkan meliputi:
 - a) tidur pada sisi yang sakit.
 - b) menggosok mata.
 - c) menekan kelopak untuk menutup.
 - d) mengejan kuat saat defekasi.
 - e) membungkuk hingga kepala menghadap ke arah bawah.
 - f) mengangkat beban lebih dari 7 Kg.
 - g) menggosok gigi pada minggu pertama.
 - h) batuk dan bersin kuat
 - i) menundukkan kepala hingga ke bawah pinggang.
 - j) berhubungan seksual pada minggu pertama.
 - k) memakai sabun mendekati mata.
 - l) menggerakkan kepala mendadak.
- b. pemberian obat dan perawatan mata
 - 1) menggunakan obat sesuai aturan.
 - 2) cuci tangan sebelum dan sesudah menggunakan obat

- 3) membersihkan sekitar mata dengan bola kapas steril atau kasa yang dibasahi dengan air steril atau larutan salin normal.
 - 4) membersihkan daerah sekitar mata dengan cara menyapu atau mengusap dengan lembut dari sudut dalam ke luar.
 - 5) untuk meneteskan obat mata, pasien dalam posisi duduk dan kepala condong ke belakang, dengan lembut tari ke bawah batas kelopak mata bawah.
 - 6) pada malam hari menggunakan parisai mata dan siang hari menggunakan kacamata.
 - 7) menggunakan obat sesuai dengan indikasi sehingga dosis dapat dinilai dan disesuaikan oleh petugas kesehatan pada saat kunjungan.
 - 8) melakukan kunjungan atau kontrol rutin.
- c. melaporkan tanda dan gejala
- 1) nyeri di sekitar mata, nyeri kepala menetap.
 - 2) setiap nyeri yang tak berkurang dengan obat pengurang nyeri.
 - 3) mata memerah, bengkak, atau keluar cairan.
 - 4) inflamasi.
 - 5) nyeri dahi dengan onset mendadak.
 - 6) perubahan ketajaman penglihatan, kabur, pandangan ganda, selaput pada lapang penglihatan, kilatan cahaya, percikan, atau bintik di depan mata.
- d. diet
- 1) pola makan yang sehat dan teratur
 - 2) mengkonsumsi makan bergizi seimbang, nutrisi, yang optimal, dapat meningkatkan kesehatan secara optimal.

- 3) memperbanyak porsi buah dan sayuran, memperlancar pencernaan dapat menghindari kesulitan buang air besar (BAB)

Penyembuhan pasca operasi yang singkat setelah ekstraksi katarak dan implementasi intraokuler lensa (IOL), pasien dipulangkan disertai instruksi mengenai obat mata, pembersihan dan perlindungan, tingkat dan pembatasan aktivitas, dan gejala yang harus dilaporkan pada ahli bedah. pendidikan kesehatan diperkuat ketika post operasi dan pengaturan perawatan rumah harus disusun dengan baik (Smeltzer & Bare, 2003)

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Stuart dalam Muttaqin dan Sari (2009) kecemasan berasal dari bahasa latin "*angere*" yang berarti untuk menghadapi (*to strange*) atau untuk distres. Hal ini berkaitan dengan kata "*anger*" yang berarti kesedihan atau masalah. Kecemasan juga berkaitan dengan kata "*to anguish*" yang menggambarkan adanya nyeri akut, penderitaan, dan distres.

Kecemasan adalah suatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang, dan karena itu berlangsung tidak lama. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi. Lingkungan, perasaan yang ditekan serta penyebab-penyebab fisik dapat menimbulkan kecemasan (Ramaiah, 1999).

Kecemasan adalah emosi dan pengalaman individu yang subjektif dan tidak bisa diamati secara langsung. Seorang perawat menyimpulkan bahwa seorang pasien mengalami kecemasan berdasarkan perilaku tertentu dan perawat perlu untuk mevalidasi kepada pasien terkait dengan kecemasannya (Stuart, 2013).

2.3.2 Tingkat Kecemasan

Peplau dalam Stuart (2013) tingkat kecemasan diidentifikasi menjadi empat tingkatan dimana semakin tinggi tingkat kecemasan maka semakin berpengaruh kecemasan tersebut terhadap individu. Tingkat kecemasan diidentifikasi sebagai berikut:

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan terjadi pada kehidupan sehari-hari yang bersifat ketegangan. Selama individu berada pada kecemasan ringan hal tersebut dapat menyebabkan individu tersebut waspada dan perasaan persepsinya meningkat, indra pendengaran dan penglihatan lebih tajam dari sebelumnya. Kecemasan ringan ini dapat memotivasi pembelajaran dan kreativitas individu.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang menyebabkan individu hanya berfokus terhadap kekhawatirannya hal ini dikarenakan penyempitan persepsi individu. Indra penglihatan dan pendengaran menangkap lebih sedikit dari sebelumnya. Individu tersebut berfokus terhadap banyak hal dan kurang bisa fokus terhadap hal yang selektif

c. Kecemasan Parah

Kecemasan parah ditandai dengan penurunan yang signifikan dalam hal persepsi. Individu yang mengalami kecemasan parah cenderung fokus pada detail tertentu dan tidak memikirkan hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk menghilangkan kecemasan, dan sulit untuk fokus pada area lain.

d. Kepanikan

Kepanikan berhubungan dengan rasa takut dan ketakutan, karena orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan orang lain. Peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang terdistorsi, dan kehilangan pemikiran rasional adalah gejala dari kepanikan. Individu dengan kepanikan tidak bisa berkomunikasi dengan orang lain. Kepanikan ini tidak sesuai dengan kehidupan selayaknya jika dialami oleh individu dalam waktu yang lama. Kepanikan yang berkepanjangan akan menyebabkan kelelahan yang dapat menjadi kematian. Tetapi kepanikan dapat diobati dengan aman dan efektif.

Terdapat empat tingkat kecemasan menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale*

(HARS), yaitu:

Tabel 2.1 Tingkat Kecemasan HARS

No	Respon	Ringan	Sedang	Berat	Panik
1.	Fisiologis	tekanan darah normal, gelisah, susah tidur, sangat sensitif terhadap suara, pikiran kurang konsentrasi, sekali napas pendek, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar	tekanan darah sedikit meningkat, muncul ketegangan, merasa kurang nyaman, keringat dingin berlebih, sakit kepala, mulut kering, sering buang air kecil	napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkabut, serta nampak tegang	jantung berdetak cepat, nyeri dada, pusing, mual, sulit bernapas, rasa tercekik, kesemutan, gemetar, keringat dingin berlebih, pucat, tekanan darah menurun, sensasi pendengaran menurun
2.	Kognitif	Mampu menerima rangsangan kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan	Kewaspadaan meningkat, siaga dan menantang, penuh semangat dan mengajak berkompetensi serta lapang persepsi menyempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima	Individu lari dari masalah, sulit memecahkan masalah, mudah lupa (waktu, tempat, situasi) dan membutuhkan banyak pengarahan atau tuntutan, serta lapang persepsi menyempit	Gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi
3.	Perilaku dan emosi	Perasaan relatif nyaman, rileks tenang, melakukan kegiatan sehari-hari tanpa terganggu motivasi meningkat	Gerakan tersentak-sentak, terlihat tegang, bicara banyak, dan cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman	Perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat)	Agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali atau kontrol diri (aktivitas motoric tidak menentu), perasaan terancam, serta

				dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain, serta tidak dapat berkomunikasi, secara verbal, mungkin mencoba bunuh diri
4.	Afektif	Berhubungan dengan peristiwa dan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari	Sedang menimbulkan individu lebih memfokuskan pada hal penting pada saat itu dan tidak pada hal yang lain, kemampuan berfokus pada masalah utama, sulit berkonsentrasi namun masih mampu belajar	Menimbulkan individu tidak mampu berpikir secara nyata, kurang focus pada penyelesaian masalah, cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain serta membutuhkan pengarahan dari luar dirinya (orang lain)

2.3.3 Penyebab Kecemasan

Stuart (2013) menjelaskan bahwa kecemasan disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor risiko dan protektif mempengaruhi jenis dan jumlah sumber daya yang sudah ada di dalam diri individu dapat digunakan untuk menangani stres (Stuart, 2013).

1. Biologis

Otak memiliki sistem tertentu yang dapat menyebabkan rasa cemas ketika sistem tersebut mengalami disfungsi seperti sistem *gamma aminobutyric acid* (GABA) yang berfungsi sebagai mengontrol aktivitas atau laju dari neuron di bagian otak yang bertanggung jawab untuk menghasilkan kecemasan. Ketika GABA mengalami disfungsi dalam hal efisiensi proses neurotransmisi maka individu dapat menjadi cemas karena laju aktivitas neuron dalam otak meningkat.

2. Keluarga

Gangguan kecemasan dapat terjadi dalam keluarga. Meskipun gangguan kecemasan tidak bersifat genetik. Akan tetapi keluarga mengambil peran penting terhadap lingkungan dalam interaksi sehari-hari mental individu.

3. Psikologi

Pengalaman psikologi pada masa kanak-kanak dapat mempengaruhi individu memiliki ketahanan terhadap rasa cemas. Seseorang yang mudah terancam memiliki harga diri rendah lebih rentan terhadap kecemasan karena kecemasan bisa disebabkan oleh persepsi tentang kemampuan, yang mencerminkan konsep diri dari seseorang.

4. Perilaku

Kecemasan termasuk dari produk frustrasi dimana ketika perilaku atau kemampuan dilakukan untuk mencapai tujuan yang diinginkan terganggu hal tersebut dapat menjadi rasa kecemasan muncul. Kecemasan juga berhubungan dengan konflik. Konflik menghasilkan kecemasan, dan kecemasan meningkat

prespsi konflik berupa rasa tidak berdaya yang meningkatkan konflik yang dirasakan.

5. Psikoanalitis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan super ego. Id adalah dorongan dari 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.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah rangsangan yang menantang, mengancam, atau menuntut terhadap individu. Rangsangan tersebut dapat bersifat biologis, psikologis, atau sosiokultural. Rangsangan tersebut dapat berasal dari lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Penting untuk menilai rentang waktu dari stresor dimana stresor yang dialami seseorang dalam periode tertentu karena peristiwa yang menegangkan mungkin lebih sulit dihadapi ketika rentan waktu yang berdekatan dengan jumlah stresor yang banyak (Stuart, 2015).

1. Ancaman terhadap integritas fisik

Ancaman terhadap integritas fisik melibatkan kecacatan fisik potensial atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Ancaman ini dapat berasal dari sumber internal atau sumber eksternal. Sumber internal termasuk kegagalan sistem tubuh seperti jantung, sistem kekebalan tubuh, atau sistem pengaturan suhu. Sumber eksternal termasuk paparan infeksi virus dan

bakteri, pencemaran lingkungan, bahaya keamanan, dan sebagainya. Ancaman ini menciptakan kecemasan yang sering memotivasi seseorang untuk mencari perawatan kesehatan.

2. Ancaman terhadap sistem diri sendiri

Ancaman terhadap sistem diri sendiri seseorang melibatkan bahaya terhadap identitas seseorang, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi. Sumber eksternal dan internal dapat mengancam harga diri seseorang. Pada faktor ini tidak ada peristiwa spesifik yang sama-sama membuat stres bagi semua orang atau bahkan kepada orang yang sama pada waktu yang berbeda.

3. Masalah atau Koping Tugas Terfokus

Mekanisme penanganan masalah atau koping tugas seseorang adalah upaya yang baik dan disengaja untuk memecahkan masalah, menyelesaikan konflik, dan memenuhi kebutuhan. Reaksi-reaksi ini dapat mencakup serangan, penarikan, dan kompromi. Semua itu bertujuan untuk memenuhi tuntutan situasi stres yang telah terjadi. Reaksi-reaksi tersebut dapat bersifat destruktif atau konstruktif. Pola-pola destruktif biasanya disertai dengan perasaan marah dan permusuhan. Perasaan tersebut dapat mempengaruhi perilaku seseorang dan reaksi ini dapat menciptakan masalah tambahan.

4. Emosi atau Koping Ego Terfokus

Mekanisme penanganan emosi atau koping ego dikenal sebagai mekanisme pertahanan. Mekanisme ini melindungi dari perasaan tidak mampu dan tidak berharga yang dapat menimbulkan kecemasan. Mekanisme ini digunakan oleh semua orang untuk membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang. akan tetapi

ketika mekanisme ini digunakan secara ekstrem dapat menyebabkan memutarbalikkan realita, mengganggu hubungan interpersonal, dan membatasi kemampuan untuk bekerja secara produktif.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Dua faktor yang mempengaruhi individu akan mengalami kecemasan atau tidak, yakni tingkat konflik dalam kepribadian dan efektivitas dari mekanisme-mekanisme pertahanan individu. Sebagian tingkat konflik ditentukan oleh norma-norma yang ditetapkan "superego". Apabila superego terlalu mengekang tingkah laku yang dapat diterima, maka konflik akan menjadi hebat dan individu akan mengalami kecemasan. Apabila superego terlalu lunak, maka konflik akan berkurang dan kecemasan juga akan berkurang (Semiun, 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat-tingkat kecemasan adalah efektivitas dari mekanisme-mekanisme pertahanan individu. Mekanisme-mekanisme pertahanan membantu individu menghindari konflik dan dengan demikian dapat menghindari kecemasan. Misalnya represi, penolakan, atau supresi untuk menangani keinginan-keinginan yang dianggap oleh "superego" tidak dapat diterima (Semiun, 2006).

Kecemasan seringkali berkembang selama jangka waktu yang panjang dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa atau situasi-situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan tetapi hanya setelah terbentuk pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas pada

pengalaman seseorang. Ada empat faktor utama yang mempengaruhi perkembangan pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas (Ramaiah, 2003):

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal individu mempengaruhi cara berpikir individu tentang diri sendiri dan orang lain. Hal ini bisa disebabkan oleh pengalaman dengan keluarga, sahabat, rekan kerja, dan lain-lain. Kecemasan wajar timbul jika individu merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaan dalam hubungan personal. Hal tersebut dapat terjadi ketika individu menekan emosi dalam jangka yang lama seperti marah atau frustrasi.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Ini biasanya terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat mempengaruhi kecemasan.

d. Keturunan

Faktor keturunan berkaitan dengan adanya gangguan emosi yang ditemukan dalam keluarga keluarga tertentu, faktor ini bukan merupakan penyebab penting dari kecemasan.

2.3.5 Respon Terhadap Kecemasan

Gail W. Stuart (2015) respon kecemasan dapat di ekspresikan secara langsung melalui fisiologis dan perilaku atau secara tidak langsung melalui respon kognitif dan afektif. Sifat respon yang ditampilkan tergantung pada tingkat kecemasan. Intensitas respon meningkat dengan meningkatnya kecemasan. Respon kecemasan telah dibagi menjadi empat diantaranya:

a. Fisiologis

Respon fisiologis yang berhubungan dengan kecemasan dimodulasi terutama oleh otak melalui sistem saraf otonom (saraf simpatis dan para simpatis). Saraf simpatis mengaktifkan respon tubuh sedangkan saraf parasimpatis meminimalkan respon tubuh. Reaksi simpatis paling sering terjadi dalam respon kecemasan dimana respon simpatis mempersiapkan tubuh untuk menghadapi situasi darurat dengan reaksi *flight or flight*.

b. Perilaku

Respon perilaku pasien terhadap cemas memiliki aspek pribadi dan interpersonal. Dimana semakin tinggi tingkat kecemasan maka semakin mempengaruhi koordinasi, gerakan tubuh yang tidak sadar, dan responsif pasien. Pasien yang cemas biasanya menarik diri dan mengurangi keterlibatan interpersonal.

c. Kognitif

Respon kognitif terhadap kecemasan mempengaruhi fungsi mental atau intelektual pasien, yang mengakibatkan masalah konsentrasi, kebingungan, dan pemecahan masalah yang buruk.

d. Afektif

Respon emosional atau respon afektif terhadap kecemasan bersifat subjektif tentang pengalaman pribadi pasien. Seringkali, pasien menggambarkan diri mereka tegang, gelisah, dan khawatir.

Darajat dalam Faried dan Nashori (2012) aspek kecemasan terbagi menjadi dua bentuk, yaitu:

a. fisiologis

Aspek kecemasan fisiologi merupakan bentuk reaksi fisiologis tubuh terhadap rasa cemas berupa detak jantung meningkat, pencernaan tidak teratur, keringat berlebihan, ujung-ujung jari terasa dingin, sering buang air kecil, tidur tidak nyenyak, kepala pusing, nafsu makan hilang, dan sesak nafas.

b. psikologis

Aspek psikologis kecemasan terbagi menjadi dua bentuk yaitu:

1) aspek kognitif

Termasuk dalam aspek kognitif adalah seseorang tidak mampu memusatkan perhatian.

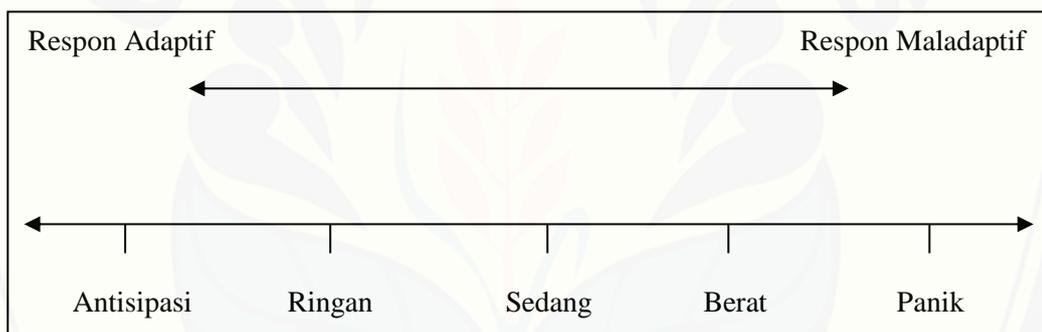
2) aspek afektif

Termasuk dalam aspek ini antara lain, perasaan takut, merasa dirinya akan ditimpa bahaya.

Aspek-aspek lain (Faried dan Nashori, 2012) meliputi:

- a. somatic, merupakan perasaan tubuh terhadap bahaya.
- b. kognitif, yaitu respon terhadap kecemasan dalam pikiran manusia.
- c. emosi, yaitu perasaan manusia yang mengakibatkan individu secara terus menerus khawatir, merasa takut akan bahaya yang mengancam.
- d. perilaku, yaitu reaksi dalam bentuk perilaku manusia terhadap ancaman dengan menghindar atau menyerang.

2.3.6 Rentang Respon Kecemasan



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan (Stuart, 2015)

2.3.7 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 14 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 Wahyuni, 2015).

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 Wahyuni, 2015).

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 dan 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 10-80. Reliabilitas data tidak tersedia dan validitas SAS bersama signifikan korelasi validitas dengan Taylor (Mc Dowell dalam Wahyuni, 2015).

d. Skala *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS)

Skala ini dikembangkan oleh Moerman *et al* pada tahun 1996. Awalnya ditulis di Belanda, kuesioner ini terdiri dari 6 item laporan yang mewakili kecemasan dan kebutuhan informasi dalam 5 poin skala Linkert dengan korelasi yang tinggi dengan STAI ($r = 0,74$). Skala *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (MALAY-APAIS). Dari versi Belanda, kuesioner APAIS telah diterjemahkan ke berbagai bahasa lain seperti Inggris, Jepang, Prancis, 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, 1995).

2.3.8 Skala Kecemasan

Kecemasan dapat diukur menggunakan alat ukur yang disebut dengan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala HARS merupakan pengukuran

tingkat kecemasan yang didasari pada munculnya tanda gejala pada klien yang mengalami kecemasan. Alat ukur kecemasan yang terdiri dari 14 kelompok gejala, meliputi:

1. perasaan cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung;
2. ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu;
3. ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll;
4. gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk;
5. gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit berkonsentrasi
6. perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari;
7. gejala somatic: nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot;
8. gejala sensori: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah
9. gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap;
10. gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas Panjang dan merasa napas pendek;
11. gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut;

12. gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi;
13. gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala;
14. perilaku sewaktu wawancara: gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

2.4 Kecemasan Preoperasi Katarak

Prosedur pembedahan merupakan salah satu stresor kecemasan pasien termasuk pembedahan katarak (Srinayanti, et al, 2017). Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Berbagai dampak psikologis pada pasien bedah yang dapat muncul adalah adanya ketidaktahuan akan pengalaman pembedahan yang dapat mengakibatkan kecemasan yang terekspresi dalam berbagai bentuk seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Rasa cemas disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas termasuk didalamnya pasien yang akan menjalani operasi, karena mereka tidak tahu konsekuensi pembedahan dan takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri.

Kecemasan pada saat pembedahan dapat menimbulkan dampak yang buruk apabila tidak diatasi karena akan meningkatkan tekanan darah dan pernafasan serta mempengaruhi terhadap pelaksanaan pembedahan (Muttaqin dan Sari, 2009). Salah satu respon kecemasan pasien salah satunya adalah respon psikologi. Respon psikologi pasien tidak hanya mempengaruhi tingkat kecemasan namun akan mempengaruhi komplikasi selanjutnya (Apriyansah, et al, 2015).

2.4.1 Intervensi Keperawatan

Salah satu tindakan untuk mengatasi tingkat kecemasan pasien Pre Operasi Katarak adalah dengan cara mempersiapkan mental klien. Persiapan tersebut salah satunya menggunakan pendidikan kesehatan (*Health education*). Pendidikan kesehatan pre operasi katarak dapat membantu untuk mengurangi tingkat kecemasan klien. Pendidikan kesehatan pre operasi dapat membantu klien dan keluarga dalam hal mengidentifikasi kecemasan yang dirasakan. Perawat kemudian dapat merencanakan intervensi keperawatan dan perawatan suportif untuk mengurangi tingkat kecemasan klien. Pendidikan kesehatan pada hakikatnya ialah suatu kegiatan untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu untuk memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang baik. Sehingga, pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap kecemasan pasien pre operasi katarak.

2.5 Konsep Peran Perawat

2.5.1 Definisi Peran

Peran dapat didefinisikan sebagai seperangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosial yang dia miliki. Peran menggambarkan otoritas seseorang yang telah diatur dengan jelas. Peran perawat dapat didefinisikan sebagai seperangkat tingkah laku yang dilakukan perawat sesuai dengan profesinya (Asmadi, 2008). Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat tetap (*cosntant*) (Kustanto,

2004). Berdasarkan dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwasanya peran perawat adalah semua tingkah laku yang dilakukan perawat sesuai dengan profesi keperawatan bersifat tetap dan telah diatur dengan jelas dipengaruhi oleh keadaan sosial profesinya maupun dari luar profesinya.

2.5.2 Peran Perawat

Doheny (1982) dalam Kusnanto (2004) mengidentifikasi beberapa elemen peran perawat profesional, meliputi:

- a. *care giver*, sebagai pemberi asuhan keperawatan;
- b. *client advocate*, sebagai pembela untuk melindungi klien;
- c. *counsellor*, sebagai pembimbing atau konseling klien;
- d. *educator*, sebagai pendidik klien;
- e. *collabulator*, sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain;
- f. *coordinator*, sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber dan potensi klien;
- g. *change agent*, sebagai pembaru yang selalu dituntut untuk mengadakan perubahan-perubahan;
- h. *consultant*, sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien.

Sebagai tenaga kesehatan, perawat memiliki sejumlah peran di dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan hak dan kewenangan yang ada. Peran perawat (Asmadi, 2008) adalah sebagai berikut:

- a. pelaksana layanan keperawatan (*care provider*)

Perawat memberikan layanan berupa asuhan keperawatan secara langsung kepada klien (individu, keluarga, maupun komunitas) sesuai dengan kewenangannya.

b. pengelola (*manager*)

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola layanan keperawatan di semua tatanan layanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya) maupun tatanan pendidikan yang berada dalam tanggung jawabnya sesuai dengan konsep manajemen keperawatan.

c. pendidikan dalam keperawatan (*educator*)

Sebagai pendidik perawat berperan mendidik individu, keluarga, masyarakat, serta tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Perawat bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dalam hal ini individu, keluarga, serta masyarakat sebagai menciptakan perilaku individu ataupun masyarakat yang kondusif bagi kesehatan. Pendidikan kesehatan tidak semata ditunjukkan untuk membangun kesadaran diri dengan pengetahuan tentang kesehatan. Lebih dari itu, pendidikan kesehatan bertujuan untuk membangun perilaku kesehatan individu dan masyarakat.

d. peneliti dan pengembang ilmu keperawatan

Sebagai sebuah profesi dan cabang ilmu pengetahuan, keperawatan harus terus melakukan upaya untuk mengembangkan dirinya. Berbagai tantangan, persoalan, dan pertanyaan seputar keperawatan harus mampu dijawab dan diselesaikan dengan baik. Salah satunya adalah melalui upaya riset. Riset

keperawatan akan menambah dasar pengetahuan ilmiah keperawatan dan meningkatkan praktik keperawatan bagi klien.

2.6 Peran Perawat Edukator

2.6.1 Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat Sebagai *Educator*

Untuk dapat melaksanakan peran sebagai pendidik (*educator*), ada beberapa kemampuan yang harus dimiliki seorang perawat sebagai syarat utama (Asmadi, 2008) antara lain:

a. wawasan ilmu pengetahuan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya sadar yang dilakukan oleh seorang edukator untuk mempengaruhi orang lain agar dapat berperilaku atau memiliki pengetahuan dan pemahaman yang sesuai dengan yang diharapkan. Dalam proses pendidikan ini terjadi transfer ilmu pengetahuan. Karenanya, perawat harus memiliki wawasan ilmu pengetahuan yang luas bukan hanya menyangkut ilmu keperawatan, tetapi juga ilmu-ilmu lain yang mendukung agar perannya sebagai edukator dapat terlaksana dengan benar dan tepat.

b. komunikasi

Keberhasilan proses pendidikan dipengaruhi oleh kemampuan perawat dalam berkomunikasi, baik secara verbal maupun non verbal. Kemampuan berkomunikasi ini merupakan aspek mendasar dalam keperawatan. Melalui komunikasi, perawat dapat memberikan informasi atau penjelasan kepada klien, membujuk dan menghibur klien, juga melakukan tugas-tugas lainnya. Dalam proses komunikasi perawat diharapkan mampu memengaruhi dan meyakinkan pihak lain

baik itu klien, rekan sejawat, maupun tenaga kesehatan lain tentang peran, fungsi, serta eksistensi profesi keperawatan. Dengan komunikasi yang baik, perawat akan mampu meningkatkan citra profesionalisme pada dirinya. Sebaliknya, jika komunikasi yang kurang baik, hal ini dapat berimbas pada penilaian klien terhadap perawat.

c. pemahaman psikologis

Sasaran pelayanan keperawatan adalah klien (manusia), dalam hal ini individu, keluarga, dan juga masyarakat. Untuk itu, agar dapat memengaruhi orang lain, perawat harus mempunyai memahami psikologis orang lain, di samping memahami psikologis situasi. Untuk itu, perawat harus meningkatkan sensitivitas dan kepeduliannya.

d. menjadi model

Perawat harus mampu menjadi model yang baik dalam menjalankan profesinya. Hal ini sejalan dengan upaya untuk mengubah dan meningkatkan profesionalisme perawat paling baik dilakukan melalui pembuktian secara langsung maupun menggunakan peran sebagai model.

2.6.2 Faktor Penghambat Perawat Pendidik

Faktor-faktor yang mengalangi kemampuan perawat di dalam memberikan pendidikan (Bestabel, 2002):

- a. ketidaksiapan tenaga perawat untuk mengajar, hal ini dikarenakan perawat masih kurang kompeten dan tidak yakin pada keterampilan mengajar yang dimilikinya;

- b. kurangnya kordinasi dan delegasi tanggung jawab sehingga penyuluhan yang dilakukan perawat kurang tepat, dengan demikian perlu melakukan standarisasi materi penyuluhan, tanggung jawab pengajaran yang jelas serta perbaikan jalur komunikasi antar perawat;
- c. karakter pribadi perawat dalam memainkan peranya sebagai edukator menjadi penting untuk menentukan hasil interaksi belajar-mengajar. Kurangnya keyakinan perawat dalam menjalankan proses pengajaran serta orientasi perawat yang lebih mementingkan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan menyebabkan pemberian pendidikan menjadi prioritas kedua dan sering diabaikan;
- d. edukasi pasien dan staf masih menjadi prioritas yang rendah bagi tenaga administrasi dan penyedia, serta alokasi dana yang ketat dan kurang dapat menjadi penghambat proses pengajaran;
- e. kurangnya ketersediaan waktu pengajaran sehingga pasien yang kondisinya parah hanya dirawat dalam waktu yang singkat, jadwal dan tanggung jawab yang menuntut perawat serta pergantian shift perawat yang berbasis komunitas mengakibatkan pertemuan yang singkat antara perawat dan pasien di lingkungan gawat darurat maupun rawat jalan;
- f. jenis sistem dokumentasi mempengaruhi kualitas dan kuantitas penyuluhan pasien, sehingga seringkali pengajaran yang bersifat formal maupun informal tidak didokumentasikan. Sistem pencatatan upaya pengajaran yang belum memadai akan menghalangi komunikasi antar perawat mengenai hal yang telah diajarkan maupun kekurangan mengenai hal yang diajarkan;

2.6.3 Faktor Penghambat Pasien

Faktor-faktor penghambat kemampuan pasien dalam menangkap informasi saat proses edukasi (Bestable, 2002) yaitu:

- a. stres akibat penyakit akut dan kronis, kecemasan, menurunnya pancaindra, dan tingkat pendidikan yang rendah pada pasien merupakan beberapa alasan yang menurunkan motivasi peserta didik dan menghambat proses pembelajaran;
- b. dampak negatif dari lingkungan rumah sakit itu sendiri, yang mengakibatkan hilangnya kendali, kurangnya privasi, dan pengucilan sosial, dapat mengganggu peran aktif klien di dalam pembuatan keputusan dan keterlibatan dalam proses belajar-mengajar;
- c. kurangnya waktu untuk belajar akibat dipulangkannya pasien dengan cepat dari perawatannya akan menurunkan semangat dan memfrustasikan peserta didik, menghalangi kemampuan dan keinginannya untuk belajar;
- d. karakter pribadi peserta didik berdampak besar pada tingkat pencapaian hasil perilaku yang ditetapkan sebelumnya. Kesiapan untuk belajar, motivasi dan kepatuhan, dan gaya belajar merupakan beberapa faktor pokok yang mempengaruhi keberhasilan upaya pendidikan;
- e. seberapa jauh perubahan perilaku yang dibutuhkan, baik jumlah maupun kompleksitasnya, dapat memusingkan peserta didik dan memaksa mereka untuk tidak mendapatkan atau memenuhi objektif dan sasaran pembelajaran;

- f. kurangnya dukungan dan dorongan positif yang terus-menerus dari perawat dan pihak berkepentingan lainnya akan mengalangi potensial pembelajaran peserta didik;
- g. penyangkalan terhadap kebutuhan pembelajaran, kebencian terhadap pihak berwenang, dan kurangnya keinginan untuk memegang tanggung jawab (untuk mengendalikan) merupakan beberapa rintangan psikologis untuk mencapai perubahan perilaku;
- h. ketidaknyamanan, kompleksitas, fragmentasi dan tidak manusiawian sistem perawatan kesehatan seringkali mengakibatkan frustrasi dan penghambatan terhadap upaya yang dilakukan peserta didik untuk ikut serta dalam pembelajaran dan memenuhi sasaran serta objektif dalam pembelajaran.

2.6.4 Peran Perawat dalam Memberikan Edukasi bagi Pasien

Pasien maupun keluarga pasien seringkali menanyakan kondisi pasien, serta meminta informasi mengenai hal yang terjadi saat menjalani prosedur pengobatan. Sebelum menghadapi situasi tersebut, perawat hendaknya mengantisipasi kebutuhan pasien maupun keluarga pasien terhadap informasi kondisi pasien maupun rencana pengobatan pasien yang akan dilakukan. Perawat sebaiknya mengklarifikasi informasi dari dokter terkait hal pasien yang mungkin menjadi sumber utama untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Area tanggung jawab perawat dalam memberikan edukasi kepada pasien (Kruger, 1991; Potter dan Perry, 2005) antara lain:

- a. persiapan pasien dalam menerima perawatannya misalnya penyuluhan pre operasi, dan lain- lain;
- b. persiapan klien pulang, prosedur tertentu yang harus dilakukan saat klien pulang atau hal tertentu yang harus dilakukan dirumah, maupun risiko komplikasi lainnya;
- c. pencatatan aktivitas edukasi pada pasien misalnya menuliskan catatan edukasi kesehatan tertentu pada catatan kesehatan pasien atau ringkasan pulang pasien.

2.6.5 Standar Edukasi Kesehatan bagi Pasien

College of Nurse Ontario (2009) merekomendasikan standar yang harus dimiliki perawat sebagai pendidik di area klinik yaitu:

- a. memberikan penjelasan edukasi kesehatan;
- b. memberikan nasehat serta mendukung kemampuan klien;
- c. memfasilitasi pendidikan kesehatan serta menjelaskan tujuan pembelajaran;
- d. memerikan contoh atau model.

The Joint Commision on Accreditation of Heathcare Organization (JCAHO, 1995; Potter dan Perry, 2005) menyebutkan beberapa standar edukasi kesehatan bagi pasien antara lain:

- a. pasien dan keluarga pasien diberikan edukasi kesehatan yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang dapat memberikan keuntungan dari intervensi yang dilakukan dari institusi kesehatan;
- b. organisasi kesehatan merencanakan, mendorong pengawasan, kordinasi aktivitas sumber edukasi pasien dan keluarga pasien;

- c. pasien dan keluarga pasien mengetahui kebutuhan, kemampuan dan kesiapan untuk belajar;
- d. proses edukasi kesehatan pasien dan keluarga pasien disesuaikan dengan rencana asuhan keperawatan pasien;
- e. pasien dan keluarga pasien mendapat edukasi sesuai dengan hasil pengkajian, kemampuan dan kesiapan belajar. Edukasi yang diberikan mencakup pemberian obat-obatan, penggunaan alat medis, pemahaman interaksi makanan atau obat, modifikasi makanan, rehabilitasi serta rencana pengobatan selanjutnya;
- f. informasi mengenai instruksi keputungan pasien yang diberikan kepada pasien dan keluarga pasien diberikan oleh pihak institusi yang bertanggungjawab terhadap kesinambungan perawatan pasien.

The Albert Association of Registered Nurse (1986; Potter dan Perry, 2005) merekomendasikan standar edukasi pasien antara lain:

- a. struktur

standar yang ada kaitannya dengan struktur edukasi kesehatan meliputi administrasi dan manajemen pemberi pelayanan perawatan. Perawat sebagai staf maupun administrasi ikut serta dalam pengembangan dan implementasi edukasi kesehatan yang terdiri dari beberapa standar yaitu:

- 1) standar satu

lembaga pemberi perawatan kesehatan harus memiliki filosofi, tujuan umum dan khusus yang memberikan wewenang dan arahan dalam edukasi kesehatan;

2) standar dua

edukasi klien harus terintegrasi pada semua area sistem asuhan kesehatan;

3) standar tiga

departemen perawatan dari lembaga pemberi perawatan harus aktif mengembangkan rencana edukasi yang komprehensif;

4) standar empat

individu maupun departemen harus bertanggung jawab memfasilitasi dan mengkoordinasi hal terkait dengan edukasi kesehatan.

b. proses

standar proses memberikan kriteria mengenai proses edukasi yang terdiri dari tahapan proses keperawatan dengan beberapa standar antara lain:

1) standar satu

fokus primer dari edukasi kesehatan adalah klien;

2) standar dua

pengkajian edukasi kesehatan harus dilakukan oleh perawat yang bekerja sama dengan klien;

3) standar tiga

perawat mendemonstrasikan rencana edukasi kesehatan kepada klien;

4) standar empat

perawat mengaplikasikan prinsip edukasi kesehatan saat melakukan implementasi edukasi kesehatan kepada pasien;

5) standar lima

kerangka proses edukasi harus didokumentasikan sebagai sumber pelayanan kesehatan yang diberikan.

c. hasil

standar hasil merupakan kriteria untuk menentukan pencapaian hasil dari proses edukasi yang terdiri dari beberapa standar antara lain:

1) standar satu

perawat harus melakukan evaluasi proses edukasi kesehatan;

2) standar dua

pasien ikut berpartisipasi dalam evaluasi proses edukasi kesehatan.

2.6.6 Tujuan Edukasi Kesehatan Pasien

Tujuan edukasi kesehatan secara umum untuk mengubah perilaku individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat di bidang kesehatan. Tujuan edukasi kesehatan (Suliha et al, 2001) yaitu:

- a. menjadikan kesehatan sebagai suatu hal yang bernilai di masyarakat;
- b. menolong individu secara mandiri maupun berkelompok dalam mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat;
- c. mendorong pengembangan dan penggunaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan yang sudah ada.

Tujuan dari pendidikan kesehatan (Efendi dan Makhfudi, 2009) antara lain:

- a. peserta didik atau pasien dapat memiliki pengetahuan tentang ilmu kesehatan maupun cara hidup yang sehat dan teratur;

- b. peserta didik atau pasien dapat memiliki nilai dan sikap yang positif terhadap hidup yang sehat;
- c. peserta didik atau pasien dapat memiliki keterampilan dalam hal pemeliharaan, pertolongan dan perawatan kesehatan;
- d. peserta didik atau pasien dapat memiliki kebiasaan sehat dalam melaksanakan kehidupan sehari-hari;
- e. peserta didik atau pasien dapat memiliki kemampuan untuk menerapkan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari;
- f. peserta didik atau pasien dapat menerapkan prinsip pencegahan penyakit dan keselamatan dalam kehidupan sehari-hari pasien;
- g. peserta didik atau pasien dapat memiliki daya pertahanan yang baik dari pengaruh buruk yang berasal dari luar dirinya;
- h. peserta didik atau pasien dapat memiliki tingkat kesegaran jasmani yang optimal serta memiliki daya tahan tubuh yang baik terhadap penyakit.

2.6.7 Prinsip Edukasi Kesehatan

Prinsip yang perlu diperhatikan dalam memberikan edukasi kesehatan (Efendi dan Makhfudi, 2009) antara lain:

- a. perhatikan tingkat kemampuan dan perbedaan individual tiap klien atau peserta didik;
- b. usahakan untuk melibatkan peran aktif peserta didik semaksimal mungkin;
- c. sesuaikan dengan kondisi dan situasi setempat;
- d. selalu mengacu pada tujuan edukasi kesehatan yang ditetapkan;

- e. perhatikan kebutuhan pembangunan nasional;
- f. ikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi;

Potter dan Perry (2005) menjelaskan prinsip edukasi kesehatan yang perlu diperhatikan untuk pengajaran antara lain:

- a. gunakan bahasa yang mudah dimengerti dan gunakan tempo yang lambat saat memberikan edukasi kesehatan;
- b. berikan edukasi kesehatan dengan sesi pendek namun sering;
- c. ulang informasi agar pasien benar-benar jelas dan mengerti tentang hal yang dijelaskan;
- d. gunakan contoh yang jelas dan nyata saat memberikan pengajaran;
- e. sediakan waktu untuk pasien bertanya mengenai hal yang dijelaskan;
- f. menetapkan tujuan yang dicapai dalam pembelajaran;
- g. memberikan informasi baru pada pembelajaran selanjutnya.

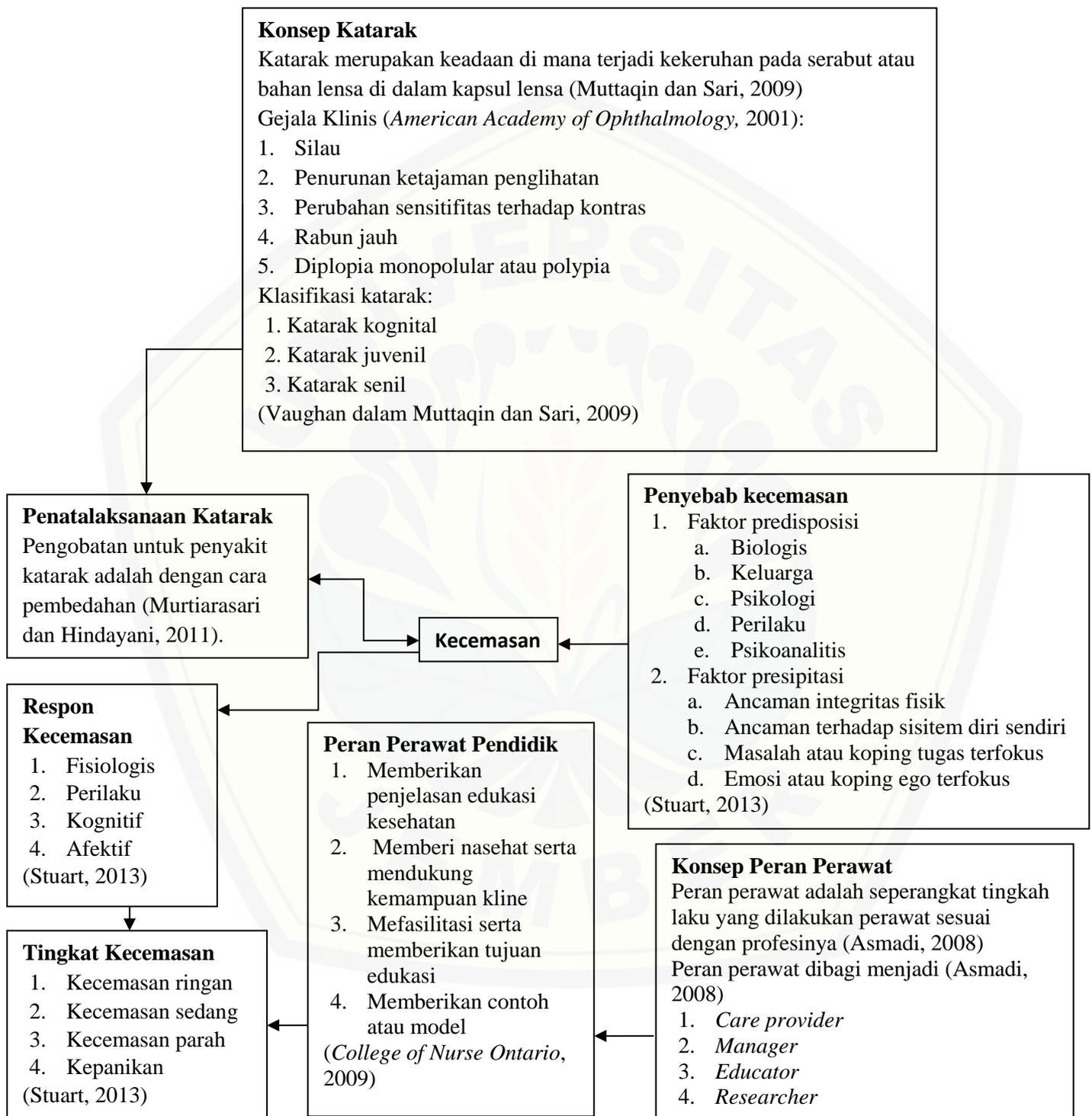
2.7 Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Tingkat Kecemasan Pra operasi Pasien

Perawat mempunyai kontak yang paling lama dengan pasien tentang menangani persoalan pasien dan peran perawat dalam upaya penyembuhan pasien. Perawat dituntut untuk bisa mengetahui kondisi dan kebutuhan pasien. Prosedur pembedahan katarak merupakan salah satu stresor kecemasan pasien yang akan menjalani operasi katarak (Hawari, 2007). Kecemasan tersebut dapat muncul karena beberapa faktor yang berada di dalam tubuh pasien atau dari luar tubuh pasien (Stuart, 2013). Edukasi dan pengajaran ialah intervensi yang disengaja

sebagai proses perlindungan yang terdiri dari kegiatan mengajar dan instruksi. Untuk mengurangi kecemasan pasien peran perawat edukator penting untuk diterapkan karena pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat pada tahap pra operasi dapat membantu pasien dan keluarga pasien untuk mengidentifikasi kecemasan yang dirasakan. Selain itu, peran perawat edukator memiliki peranan vital dalam memberikan dukungan, dorongan, dan arahan kepada pasien (Bastable, 2002). Tujuan dari edukasi dan pengajaran kesehatan kepada pasien yaitu untuk memberi pengetahuan terkait kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pertolongan dan perawatan kesehatan serta menerapkan perilaku yang sehat sehingga tercapainya kemandirian pasien dalam hal perawatan diri dan tingkat kesehatan yang optimum (Efendi dan Makhfudli, 2009). Informasi kesehatan yang didapat kan pasien diharapkan dapat mengatasi masalah kecemasan pasien.

2.8 Kerangka Teori

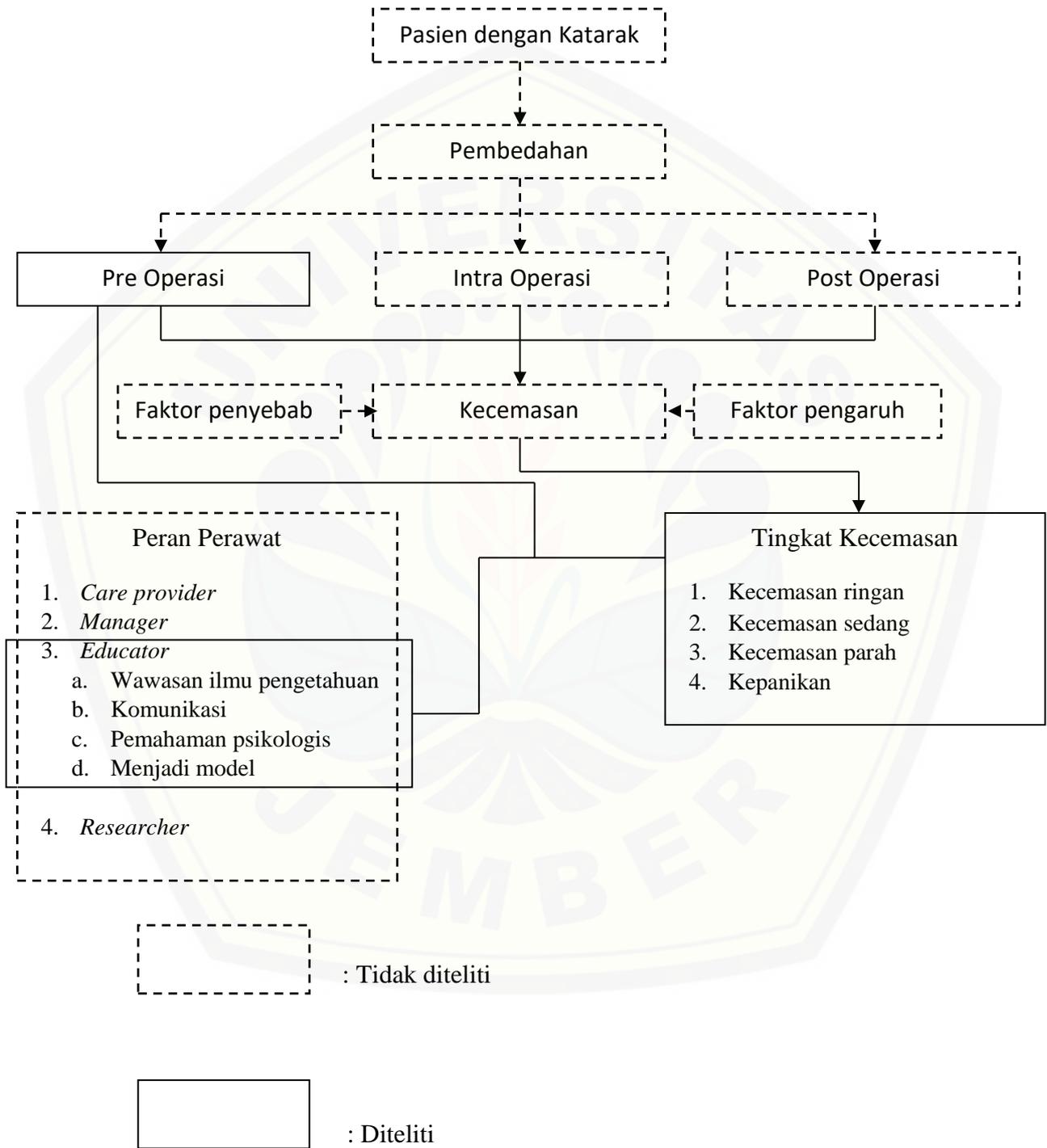
Berdasarkan landasan teori di atas maka, dibentuklah kerangka teori:



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara dari suatu penelitian. Hipotesis nol (H_0) adalah hipotesis yang dibuat untuk menyatakan sesuatu kesamaan atau tidak adanya suatu perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok atau lebih mengenai suatu hal yang dipermasalahkan (Notoatmodjo, 2012). Ketentuan yang berlaku untuk dapat menyatakan hipotesis ialah apabila nilai *p value* kurang dari *alpha* ($\alpha: 0,05$) maka dapat dinyatakan H_0 ditolak, maka keputusannya adalah H_0 ditolak, tapi sebaliknya apabila nilai *p value* lebih dari *alpha* ($\alpha: 0,05$) maka dapat dinyatakan H_0 diterima. Hipotesis alternatif adalah hipotesis yang diterima dan dinyatakan dengan simbol H_a (Budiarto, 2002). H_a dari penelitian ini adalah ada hubungan peran perawat sebagai edukator dengan kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung kabupaten Jember.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian pada penelitian ini menggunakan *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan secara *cross sectional*. Penelitian dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan pengukuran dan pengumpulan data pada variabel sebab dan akibat yang dilakukan sesaat dalam satu kali waktu (Notoatmodjo, 2002). Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran variabel independen dan dependen yang kemudian dilakukan analisis terhadap data yang terkumpul untuk mencari hubungan antar variabel. Variabel dalam penelitian ini antara lain variabel independen yaitu peran perawat sebagai edukator dan variabel dependennya yaitu kecemasan pre operasi katarak.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan dari objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2002). Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri dari objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Populasi yang digunakan dalam penelitian adalah seluruh pasien katarak yang akan melakukan operasi di RSD Balung Jember dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan oleh peneliti.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Penarikan sampel diperlukan jika populasi yang diambil sangat besar, dan peneliti memiliki keterbatasan untuk menjangkau seluruh populasi. Peneliti perlu mendefinisikan populasi target dan populasi terjangkau baru kemudian menentukan jumlah sampel dan teknik sampling yang digunakan.

Selanjutnya, untuk menentukan sampel dari populasi digunakan perhitungan maupun acuan tabel yang dikembangkan para ahli. Untuk setiap jenis penelitian dan teknik sampling yang berbeda, akan berkonsentrasi pada jumlah sampel yang digunakan. Untuk penelitian korelasional jumlah sampel minimal untuk memperoleh hasil yang baik adalah 30 (Wahyudi, 2017). Secara umum untuk penelitian korelasional jumlah sampel minimal untuk memperoleh hasil yang baik adalah 30 sampel, sedangkan dalam penelitian eksperimen jumlah sampel minimum 15 dari masing – masing kelompok dan untuk penelitian survei jumlah sampel minimum adalah 100 (Sekaran, 2006).

Tidak jauh berbeda dengan pendapat Roscoe, Gay & Diehl (1992) bahwa sampel haruslah sebesar-besarnya. Semakin banyak sampel yang digunakan maka akan semakin representatif dan hasilnya dapat digeneralisir. Namun ukuran sampel yang diterima akan sangat bergantung pada jenis penelitiannya.

- a. Jika penelitiannya bersifat deskriptif, maka sampel minimumnya adalah 10% dari populasi.
- b. Jika penelitiannya korelasional, sampel minimumnya adalah 30 sampel
- c. Apabila penelitiannya kausal, sampelnya sebanyak 30 subjek per grup

- d. Apabila penelitian eksperimental, sampel minimumnya adalah 15 subjek per grup.

Peneliti menetapkan jumlah sampel yang akan digunakan sebesar 33 sampel dengan acuan jumlah minimum sampel yang digunakan untuk penelitian korelasional sebesar 30 sampel dan dalam mencegah terjadinya drop out sampel minimal ditambah 10% dengan perhitungan $30 + (10\% \times 30) = 33$ responden.

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan pada penelitian ini menggunakan teknik *Non probability sampling* dengan metode *accidental sampling*. *Non probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur populasi untuk dipilih menjadi populasi (Sugiyono, 2016).

Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling* berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2016).

4.2.4 Kriteria sampel penelitian

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

- a. Kriteria inklusi
 - 1) klien yang akan dilakukan operasi katarak di RSD Balung Jember;
 - 2) klien belum pernah mengalami operasi sebelumnya;
 - 3) bersedia menjadi responden

b. kriteria eksklusi

- 1) klien mengalami kondisi situasional seperti operasi dibatalkan;
- 2) klien katarak mengalami komplikasi glaucoma

4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian akan dilakukan di RSD Balung Jember. Alasan pemilihan tempat tersebut dikarenakan RSD Balung Jember menjadi rumah sakit

4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal penelitian sampai dengan laporan hasil penelitian serta publikasi penelitian

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat pengumpulan data	Skala	Hasil
1.	Variabel bebas: Peran Perawat Educator	Seperangkat tingkah laku perawat terhadap pasien dalam memberikan Pendidikan kesehatan	Kuisisioner peran perawat edukator yang dirujuk pada <i>Profesional Standar Revised 2002</i> yang direkomendasikan oleh <i>College of Nurse Ontario</i> (2009)	Ordinal	Kategorisasi berdasarkan pendekatan sturges. Kuesioner terdiri dari 24 pernyataan dengan nilai maksimum: 120 dan nilai minimum: 24 maka dikategorikan dengan hasil: a. Kurang : 24-56 b. Cukup : >56-88 c. Baik : >88-120
2.	Variabel terikat: Tingkat Kecemasan	Respon klien terhadap perasaan yang tidak menyenangkan yang dapat mengakibatkan respon adaptif dan maladaptif	Skala HARS	Ordinal	Dari pilihan jawaban akan dikategorikan: 1. tidak ada kecemasan : jika skor jawaban 0-14 2. ringan : jika skor jawaban 15-20 3. sedang : jika skor jawaban 21 – 27 4. Berat : jika skor jawaban 28 – 41 5. Panik : jika skor 42 – 56 (Hawari, 2006)

4.6 Alur Penelitian

4.6.1 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian yang akan dilakukan diperoleh melalui dua sumber antara lain:

a. data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti secara langsung dari individu ataupun perorangan melalui hasil pengisian kuesioner atas hasil wawancara. Data primer dari penelitian ini diperoleh dari wawancara kepada perawat terkait perannya sebagai *educator* dan wawancara kepada pasien terkait kecemasan pre operasi katarak.

b. data sekunder

Data sekunder ialah data yang diperoleh peneliti dari pihak lain seperti lembaga atau instansi yang secara rutin mengumpulkan data. Data sekunder dalam penelitian ini ialah data jumlah pasien rawat inap yang diperoleh dari pihak RSD Balung Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data diperlukan untuk mengetahui persebaran data dan cara untuk memperoleh data yang akan dibutuhkan peneliti. Peran perawat sebagai *educator* menjadi variabel independen yang didata dengan menggunakan kuesioner tentang peran perawat sebagai *educator* yang diisi oleh pasien pre operasi katarak. Sedangkan kecemasan pasien pre operasi katarak menjadi variable dependen yang didata dengan menggunakan kuesioner kecemasan pasien pre

operasi katarak yang diisi oleh pasien pre operasi katarak. Berikut ini alur pengambilan data yang akan dilakukan peneliti, antara lain:

- a. peneliti yang telah mendapatkan izin dari pihak Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember untuk melakukan penelitian, melakukan koordinasi dengan Badan dan Politik yang memberikan surat pengantar ke RSD Balung Kabupaten Jember, guna untuk memperoleh data terkait jumlah kasus penderita katarak di Kabupaten Jember.
- b. Peneliti akan melakukan koordinasi dengan pihak Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik untuk mendapatkan surat pengantar penelitian yang akan diajukan ke pihak RSD Balung Kabupaten Jember. Setelah surat yang diajukan ke pihak RSD Balung Kabupaten Jember telah disetujui, maka peneliti akan melakukan penelitian.
- c. Peneliti akan melakukan wawancara terkait pelaksanaan peran perawat sebagai *educator* kepada beberapa perawat di ruang rawat inap RSD Balung Kabupaten Jember dan peneliti juga akan melakukan wawancara terkait kecemasan pasien pre operasi katarak kepada beberapa pasien yang dirawat di RSD Balung Kabupaten Jember guna memperoleh data peran perawat sebagai *educator* dan data kecemasan pasien pre operasi katarak sebagai penunjang untuk studi pendahuluan.
- d. Peneliti akan mencari data kecemasan pasien pre operasi katarak yang menjalani rawat inap di RSD Balung Kabupaten Jember yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Responden

yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi akan dijadikan objek penelitian. Peneliti kemudian memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan kepada pasien rawat inap yang akan menjadi sampel. Proses membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan pasien rawat yang menjadi responden diakhiri dengan penyerahan lembar *informed consent* yang didalamnya berisi persetujuan bahwa pasien rawat inap bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian. Pasien rawat inap yang menyetujui kemudian menandatangani lembar *informed consent* dan mengembalikan lembar tersebut kepada peneliti.

- e. Peneliti akan memberikan kuesioner kepada responden melalui dua tahap. Tahap yang pertama dilakukan dengan cara pengisian kuesioner tentang peran perawat sebagai *educator* oleh pasien preoperatif katarak yang menjalani rawat inap. Hal ini dilakukan karena pasien dianggap sebagai orang-orang yang berhubungan langsung dengan perawat dan pasien berhak memberikan penilaian terhadap peran *educator* perawat. Selanjutnya ditahap yang kedua dilakukan pengisian kuesioner tentang kecemasan pasien pre operasi katarak oleh pasien sebagai responden. Hal ini ditunjukkan untuk mengetahui kecemasan preoperasi katarak pasien.

Kegiatan yang akan dilakukan peneliti saat pengisian kuesioner oleh pasien pre operasi katarak yang dirawat inap adalah:

1. Peneliti akan memberikan kuesioner pada responden untuk mengukur peran perawat sebagai *educator* dan untuk mengukur kecemasan pre operasi katarak untuk diisi dengan didampingi oleh peneliti;
2. Peneliti akan memberikan informasi kepada responden tentang pengisian lembar kuesioner peran perawat sebagai *educator* dan lembar kuesioner kecemasan pasien pre operasi katarak serta melakukan pendampingan bila diperlukan kepada responden dalam pengisian lembar kuesioner.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu kuesioner tentang peran perawat sebagai *educator* yang telah dibuat oleh peneliti dengan merujuk pada *Profesional Standar Revised 2002* yang direkomendasikan oleh *College of Nurse Ontario (2009)*. Kuesioner berisi serangkaian pernyataan yang telah disiapkan oleh peneliti dan selanjutnya akan diisi oleh responden, pernyataan dalam kuesioner merujuk pada indikator peran perawat sebagai *educator*, pernyataan dalam kuesioner peran perawat sebagai *educator* terdiri dari pernyataan yang bersifat *favorable* dan *unfavorable*. Pernyataan *favorable* atau pernyataan yang bersifat positif terdapat dalam kuesioner ialah pernyataan yang mendukung teori sedangkan pernyataan *unfavorable* atau pernyataan yang bersifat negatif ialah pernyataan yang tidak sesuai dengan teori. Pernyataan *favorable* memiliki nilai jawaban Sangat Setuju = 5, Setuju = 4, Ragi-Ragu = 3, Tidak Setuju = 2, Sangat

Tidak Setuju = 1. Sedangkan pernyataan *unfavorable* nilai jawabannya Sangat Setuju= 1, Setuju = 2, Ragi-Ragu = 3, Tidak Setuju = 4, Sangat Tidak Setuju = 5.

Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi tiga yaitu kurang, cukup dan baik. Pengkategorisasian dilakukan dengan pendekatan *sturges* (Mustafa, 2009). Penilaian pada kuesioner peran perawat sebagai *educator* terdiri dari pernyataan yang mempunyai nilai minimal 24 dan nilai maksimal 120 dengan rentang jarak 96, sehingga cara pengkategorisasiannya menggunakan total skor adalah sebagai berikut.

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{\text{Rentang jarak}}{\text{Banyak kategori}}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = \frac{96}{3}$$

$$\text{Interval setiap kategori} = 32$$

Jadi hasil nilai pengkategorisasian yang telah dilakukan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.2 Kategorisasi Peran Perawat Sebagai *Educator* Berdasarkan Total Skor

Kategori	Skor
Kurang	24-56
Cukup	>56-88
Baik	>88-120

Tabel 4.3 *Blueprint* kuesioner peran perawat *Educator*

Variabel	Indikator	Nomor pertanyaan	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	Jumlah pertanyaan
Peran Perawat <i>Educator</i>	1. Memberikan penjelasan terkait operasi katarak	1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16	1, 2, 8, 9, 10, 11, 13, 15	7, 12, 16	11
	2. Menasehati terkait persiapan tindakan operasi	21, 22, 23, 24	21, 23	22, 24	4
	3. Memfasilitasi pendidikan kesehatan serta menjelaskan tujuan pembelajaran	3, 4, 6, 14, 19, 20,	3, 4, 6, 14, 20	19	6
	4. Memberikan contoh terkait perawatan setelah operasi	5, 17, 18	17, 18	5	3
Total		24	17	7	24

Kuesioner untuk variabel dependen peneliti akan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) untuk mengukur tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya tanda gejala pada individu yang mengalami

kecemasan. Hawari (2008) menjelaskan bahwa cara pengukuran dengan skala HARS yaitu cara penilaian kecemasan dengan memberikan nilai pada kategori:

0: tidak ada gejala sama sekali

1: satu dari gejala yang ada

2: sedang atau separuh dari gejala yang ada

3: berat atau lebih dari setengah gejala yang ada

4: sangat berat semua gejala ada

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

0 = 0-14 tidak ada kecemasan

1 = 15-20 kecemasan ringan

2 = 21-27 kecemasan sedang

3 = 28-41 kecemasan berat

4 = 42-56 panik

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas merupakan suatu alat ukur yang menghasilkan nilai kuantitatif yang merupakan syarat suatu kuesioner dapat digunakan dalam penelitian.

Validitas adalah ukuran yang menunjukkan suatu instrumen itu benar-benar bisa mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2002). Untuk mendapatkan instrumen yang valid maka instrumen harus di uji terlebih dahulu. Uji validitas yang akan dilakukan oleh peneliti menggunakan uji validitas isi. Dimana validitas isi

merujuk pada sejauh mana sebuah instrumen penelitian memuat rumusan-rumusan sesuai dengan isi yang dikehendaki menurut tujuan tertentu. Validitas isi tidak dapat dinyatakan dalam bentuk angka uji. Validitas isi hanya semata-mata dilakukan atas dasar pertimbangan peneliti, dalam makna mengandung unsur subjektif. Pada validitas isi mensyaratkan bahwa instrumen dibuat mengacu pada isi yang dikehendaki (Danim & Darwis, 2003).

Validitas isi merupakan validitas yang diestimasi lewat pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui *expert judgement* (penilaian ahli). Validitas isi atau *content validity* memastikan bahwa pengukuran memasukkan sekumpulan item yang memadai yang mengungkap konsep. Semakin item skala mencerminkan kawasan atau keseluruhan konsep yang diukur, semakin besar validitas isi. Atau dengan kata lain, validitas isi merupakan fungsi sebara baik dimensi dan elemen sebuah konsep yang telah digambarkan (Sekaran, 2006)

Content Validity Index (CVI) merupakan teknik yang paling banyak digunakan dalam riset keperawatan (Polit dan Beeck, 2006). Lynn (1986) menganjurkan minimal menggunakan tiga ahli. Skala pengukuran yang disarankan adalah skala ordinal 4 titik untuk poin dengan tujuan menghindari titik tengah netral dan ambivalen. Beberapa label yang sering digunakan: 1 = tidak relevan, 2 = agak relevan, 3 = cukup relevan, 4 = sangat relevan. Kemudian, untuk setiap item, I-CVI dihitung sebagai jumlah ahli yang memberikan penilaian baik yaitu 3 atau 4 (dengan demikian dikotomisasi skala ordinal menjadi relevan = 1 dan tidak relevan = 0), dibagi dengan jumlah total ahli. Nilai I-CVI harus 1,00 bila lima atau lebih sedikit penilai. item yang dinilai cukup atau sangat relevan oleh empat dari lima penilai akan memiliki I-CVI sebesar 0,80 (Polit dan Beck, 2006). Peneliti menggunakan empat penilai dengan item yang dikatakan relevan bila nilai I-CVI 1,00.

Tabel 4.4 Data simulasi CVI

Item	Expert 1	Expert 2	Expert 3	Expert 4	Jumlah Kesetujuan	I-CVI
1	1	1	1	1	4	4/4 = 1
2	1	1	1	1	4	4/4 = 1
3	1	1	1	1	4	4/4 = 1
4	1	1	1	1	4	4/4 = 1
5	1	1	1	1	4	4/4 = 1
6	1	1	1	1	4	4/4 = 1
7	1	1	1	1	4	4/4 = 1
8	1	1	1	1	4	4/4 = 1
9	1	1	1	1	4	4/4 = 1
10	1	1	1	1	4	4/4 = 1
11	1	1	1	1	4	4/4 = 1
12	1	1	1	1	4	4/4 = 1
13	1	1	1	1	4	4/4 = 1
14	1	1	1	1	4	4/4 = 1
15	1	1	1	1	4	4/4 = 1
16	1	1	1	1	4	4/4 = 1
17	1	1	1	1	4	4/4 = 1
18	1	1	1	1	4	4/4 = 1
19	1	1	1	1	4	4/4 = 1
20	1	1	1	1	4	4/4 = 1
21	1	1	1	1	4	4/4 = 1
22	1	1	1	1	4	4/4 = 1
Σ	22	22	22	22	Mean I - CVI	1
Proporsi Relevan	1	1	1	1		

Dari hasil pengujian menggunakan uji validitas menggunakan I-CVI dengan 4 penguji didapati hasil mean I-CVI item level *content validity indeks rata-rata* = 1 dan proporsi rata-rata item dinilai relevan di empat ahli = 1 yang berarti semua item di dalam kuesioner relevan untuk digunakan dalam penelitian.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 *Editing*

Editing adalah proses pengecekan jumlah kuesioner, kelengkapan data yang diantaranya kelengkapan identitas, lembar kuesioner dan kelengkapan isian kuesioner, sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti (Arikunto, 2010).

4.7.2 *Coding*

Coding merupakan tindakan untuk melakukan pemberian kode atau angka dengan tujuan memudahkan pengolahan data (Arikunto, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini akan menggunakan:

a. Jenis kelamin

- 1) Laki – laki : 1
- 2) Perempuan : 2

b. Peran perawat sebagai Edukator

- 1) Kurang = 1 : jika skor 24-56
- 2) Cukup = 2 : jika skor >56-88
- 3) Baik = 3 : jika skor >88-120

c. Kecemasan pasien pre operasi katarak

- 1) Tidak adak kecemasan = 0 : jika skor 0-14
- 2) Ringan = 1 : jika skor 15-20
- 3) Sedang = 2 : jika skor 21-27
- 4) Berat = 3 : jika skor 28-41
- 5) Panik = 4 : jika skor 42-56

4.7.3 *Tabulating*

Kegiatan *tabulating* dalam penelitian meliputi pengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan ke dalam tabel-tabel yang telah ditentukan berdasarkan kuesioner yang telah ditentukan skornya (Arikunto, 2010).

4.7.4 *Prosesing*

Kegiatan proses pengolahan data atau memasukkan data ke komputer akan menggunakan sistem atau program *SPSS version 21 for Windows*.

4.7.5 *Cleaning*

Cleaning adalah pembersihan data atau penghapusan data-data yang sudah tidak terpakai (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data di *entry* untuk memastikan tidak ada kesalahan data dengan melakukan pengecekan atau distribusi frekuensi pada setiap variabel penelitian. Hasil dari *cleaning* didapatkan bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Pada data numerik digunakan nilai mean, median dan standar deviasi. Sedangkan pada data kategorik digunakan distribusi

frekuensi dengan ukuran presentasi atau proporsi. Analisis univariat pada umumnya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap variabel.

Karakteristik dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik umum dan khusus. Karakteristik umum dari penelitian ini ialah karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Sedangkan karakteristik khusus dari penelitian ini yaitu terdiri dari variabel independen peran perawat sebagai *educator* dan variabel dependen kecemasan pasien pre operasi katarak.

Pada penelitian ini digunakan uji normalitas *kormogorov-spinov*. Uji normalitas dilakukan pada variabel peran perawat *educator* dan tingkat kecemasan. data terdistribusi normal jika $p > 0,05$.

Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas variabel Peran Perawat *Educator* dan Tingkat Kecemasan

Variabel	p
Peran Perawat Educator	0,001
Tingkat Kecemasan	0,200

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa variabel peran perawat *educator* tidak terdistribusi normal ($p=0,001$), sedangkan variabel tingkat kecemasan terdistribusi normal ($p=0,200$). Maka dari ini uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *spearman* karena salah satu variabel tidak terdistribusi normal.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan pada dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2002). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel yaitu mengetahui hubungan peran perawat sebagai *educator* dengan kecemasan pasien pre operasi katarak. Pada

penelitian ini variabel independen dan variabel dependen yang digunakan adalah kategorik dan kategorik dengan skala data ordinal dengan ordinal, maka peneliti menggunakan statistik non parametrik dengan teknik Spearman rank correlation yang dapat digunakan untuk menguji hubungan antara variabel ordinal dengan ordinal, ordinal dengan nominal, dan ordinal dengan numerik (Sujarweni, 2014). Keputusan diambil dengan melihat hasil dari p value, apabila p value < 0,05 maka H_a diterima, begitupula sebaliknya apabila p value > 0,05 maka H_a ditolak (Dahlan, 2014).

Menurut Dahlan (2014) dalam menginterpretasikan hasil uji hipotesa dapat dilihat dari tiga hal yaitu kekuatan korelasi , p value, dan arah hubungan.

- a. Kekuatan korelasi
 1. 0,00 – 0,199 berarti sangat lemah
 2. 0,20 – 0,399 berarti lemah
 3. 0,40- 0,599 berarti sedang
 4. 0,60- 0,700 berarti kuat
 5. 0,80 – 1,000 berarti sangat kuat
- b. p value

Nilai $p < 0,05$ memiliki arti bahwa adanya korelasi yang bermakna antara peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak. Apabila $p > 0,05$ maka tidak ada korelasi yang bermakna antara peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak.

c. Arah hubungan

Arah hubungan terdiri dari dua yaitu positif dan negatif. Arah hubungan positif memiliki arti bahwa semakin besar nilai satu variabel maka semakin besar pula variabel yang lain biasanya disebut dengan arah hubungan searah. Arah hubungan negatif memiliki arti bahwa semakin besar nilai satu variabel maka semakin kecil nilai variabel yang lain dan dapat disebut dengan arah hubungan berlawanan arah.

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian merujuk pada prinsip-prinsip etis yang ditetapkan dalam kegiatan penelitian, dari proposal penelitian sampai dengan publikasi hasil penelitian. Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam melaksanakan sebuah penelitian antara lain (Notoadmojo, 2002), yaitu:

4.9.1 Otonomi

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut. Peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi.

4.9.2 Kerahasiaan

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak

memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas objek.

4.9.3 Keadilan

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan.

4.9.4 Kemanfaatan

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subjek penelitian pada khususnya. Pelaksana penelitian harus dapat mencegah atau mengurangi masalah yang terjadi.

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

- a. Karakteristik klien katarak di RSD Balung Kabupaten Jember rata – rata berumur 62 tahun. Sebagian besar berjenis kelamin laki – laki, berpendidikan rata rata SMA, dan memiliki pekerjaan diluar gedung.
- b. Perawat di Ruang Poli Mata di RSD Balung Kabupaten Jember sebagian besar memilki peran edukator yang baik.
- c. Klien dengan katarak di RSD Balung Kabupaten Jember sebagian besar memilki tingkat kecemasan ringan pada fase pre operasi katarak.
- d. Terdapat hubungan antara peran perawat edukator dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi institusi rumah sakit

Hasil penelitian ini diharapkan kebijakan kesehatan dan keperawatan khususnya pada klien katarak dapat diaplikasikan lebih dengan adanya dokumentasi khusus untuk peran perawat edukator dan tersedianya ruang konsultasi untuk persiapan perioperatif katarak antara petugas kesehatan dengan klien dan keluarga klien.

6.2.2 Bagi klien katarak

hasil penelitian ini diharapkan klien dapat meningkatkan pengetahuan terhadap proses pre operasi, operasi, dan pasca operasi katarak dengan memanfaatkan peran perawat sebagai edukator sehingga dapat meminimalisir terjadinya kecemasan dan hasil penatalaksanaan katarak dapat terlaksana dengan baik.

6.2.3 Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan masyarakat dapat memberikan sarana sebagai sumber – sumber informasi mengenai penyakit katarak, serta dukungan orang terdekat, keluarga memberikan kenyamanan bagi klien untuk meminimalir kecemasan klien dalam menjalankan operasi katarak.

6.2.4 Bagi peneliti

Penelitian lanjutan yang disarankan adalah terkait dengan motivasi pasien katarak untuk menjalani operasi katarak. Penelitian selanjutnya diharapkan juga aktif untuk memberikan pendidikan kesehatan terkait tindakan operasi yang akan dijalani oleh klien katarak setelah dilakukan proses wawancara kuesioner ke klien.



DAFTAR PUSTAKA

- Alimul H., Aziz. 2003. *Riset Keperawatan & Teknik Penulisan Ilmiah*. Ed 1. Jakarta: Salemba Medika
- American Academy of Ophthalmology. 2008. *Lens and Cataract, Section 11. Chapter 5*. Basic and Clinical Science Course
- Apriyansyah, A., S, Romadoni., D, Andrianovita. 2015. Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Pre Operasi dengan Derajat Nyeri Pada Pasien *Post Sectio Caesarea* di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2014. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. 2(1): 1-9
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arimbi, A. T. (2012). Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Katarak Degeneratif di RSUD Budhi Asih Tahun 2011. FKM UI
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Awopi, et al. 2016. Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Katarak di Poliklinik Mata Puskesmas Dau Kabupaten Malang. *Nursing News*. 1 (1). 7-11
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2008. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta
- Baradero, M. et al., 2005. *Keperawatan Perioperatif: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Barnet & Shiela, Ryan. 2018. *Perioperative Care of The Elderly Patient*. New York: Cambridge University Press
- Barnet & Shiela, Ryan. 2018. *Perioperative Care of The Elderly Patient*. New York: Cambridge University Press
- Bastable, S. B. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran, dan Pembelajaran*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Budiarto, E. 2012. *Biostatika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC

- Budikasi, F, I, E., Mulyadi., R, Malara. 2015. Hubungan Pemberian Informed Consent dengan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Kategori Status Fisik I-II Emergency American Society of Anesthesiologists (ASA) di Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Journal Keperawatan*. 2(3) : 1-8
- Dahlan, M.S. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia
- Danim, S. dan Darwis. 2002. *Metode Penelitian Kebidanan: Prosedur, Kebijakan, dan Etik*. Jakarta: EGC
- Depkes. 2008. *Riset Kesehatan Dasar (2007)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Efendi, F. Dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek dalam Keperawatan* . Jakarta: Salemba Medika
- Fariied, L., F, Nashori. 2012. Hubungan Antara Kontrol Diri dan Kecemasan Menghadapi Masa Pembebasan Pada Narapidana di Lembaga Pemasyarakatan Wirogunan Yogyakarta. 5(2):63-74
- Garg, A. *et al.*, 2004. *Clinical Practice In Small Incision Catarct Surger: Phaco Manual*. New Delhi: Jaye Brothers Medical Publishers
- Hamdani. 2010. Sistem Pakar Untuk Diagnosa Penyakit Mata Pada Manusia. *Journal Informatika Mulawarman*.
- Hawari, Dadang. 2011 *Manajemen Stress, Cemas, dan Depresi*. Jakarta : FKUI press.
- Houde, S. C. 2007. *Vision Loss in Older Adults: Nursing Assesment and Care Management*. New York: Springer Publishing Company
- Kaplan, H.I & Saddock, B.J. 2005. Sinopsis Psikiatri. 8th ed. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Kemenkes RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (2013)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2014. *Situasi Gangguan Penglihatan dan Kebutaan*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi
- Kemkes RI. 2017. *Katarak Sebabkan 50% Kebutaan*. www.kemkes.go.id
- Kruniawan, A. dkk. 2013. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Pre Operasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Hernia Di RSUD Kudus. *Fikkes Jurnal Keperawatan*. 6 (2): 1-10

- Kuraesin, N.D. 2009. Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan Pasien Yang Akan Menjalani Operasi Mayor Elektif di Ruang Rawat Bedah RSUP Fatmawati – Jakarta Selatan. Publikasi Penelitian. Jakarta; Program
- Kusnanto. 2003. *Pengantar Profesi Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Laila, A., I, Raupong,. J, Saimin,. 2017. Analisis Faktor-Faktor Risiko Kejadian Katarak di Daerah Pesisir Kendari. 4 (2): 377-387
- Lukitasari, Arti. 2011. Katarak Diabetik. *Jurnal Keperawatan Syiah Kuala*. 11 (1): 42-47
- Mitchell, M. 2005. *Anxiety Management in Adult Day Surgery A Nursing Perspective*. London: Whurr Publisher
- Murtiarasari, D., F, Handayani. Katarak Juvenil. *Inspirasi* 14(Oktober): 37-50
- Mustafa, Z. 2009. *Mengurai Variabel Hingga Instrumentasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Muttaqin, A., K, Sari. 2009. *Asuhan Keperawatan Perioperatif Konsep, Proses, dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Niven, Neil. 2000. *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Ed 2 . Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2016. *Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. 30 Juni 2016. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1067 Jakarta
- Pieter, H. Z. 2017. *Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Jakarta: Kencana
- Polit, D. F., Beck, C. T. 2006. *The Content Validity Indeks Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique And Recommendations*. *Resear in Nursing & Health*. 29(5), 489-497
- Potter & Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Praktik Volume 2*, Edisi 4. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 1. Alih bahasa: yasmin asih, et al. Jakarta: EGC
- Potter, P.G & Perry, A.G 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. *Kondep Proses, dan Praktik vol 2*. Jakarta: EGC

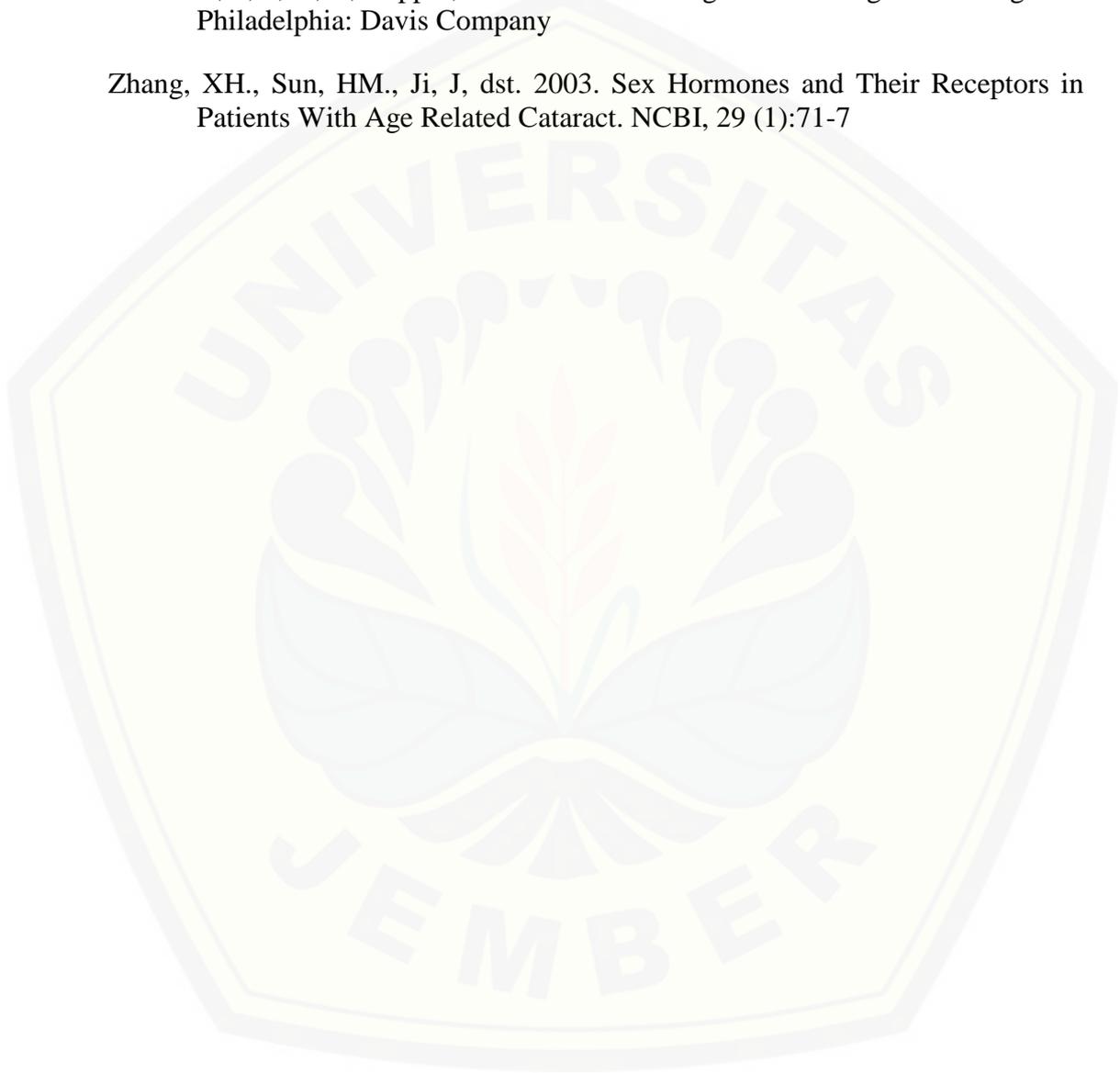
- Ramaiah, Savitri. 2003. *Kecemasan Bagaimana Cara Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta: Pustaka Obor
- Sekaran. U, 2006, *Metode Penelitian Bisnis*. Jakarta: Salemba Empat
- Semiun, Yustinus. 2006. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius
- Smeltzer, S, C, O., B, G, Bare,., 2003. *Textbook Of Medical Surgical Nursing*. 10th. Lippincott Williams & Wilkins
- Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. 2001. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC
- Soetjiningsih, 2008. *Modul Komunikasi Pasien-Dokter*. Jakarta: EGC
- Srinayanti, Y., J, Kusumawaty,., A, Nugroho. 2017. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Ciamis. *Motorik*. 12(24): 33-38
- Stuart, G. W. 2013. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th. Mosby: Elsevier
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*
- Suliha, U. et al. 2001. *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Sunaryo. 2004. Psikologi Untuk Keperawatan. Jakarta: EGC
- Susilo, R. 2011. Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tana, Lusianawaty. et al. 2009. Peranan Pekerjaan Terhadap Kejadian Katarak Pada Masyarakat Indonesia Riset Kesehatan Dasar 2007. *Penelitian Kesehatan: 77-84*
- Trianto. 2011. Model-model Pembelajaran Inovatif Berorientasi Konstruktivistik. Jakarta: prestasi pustaka publisher.
- Ulandari, et al. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Katarak Pada Pasien Yang Berobat Di Balai Kesehatan Mata Masyarakat, Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat . *Prima*. 2 (2): 65-71
- Wahyudi, Setyo Tri. 2017. *Statistika Ekonomi Konsep, Teori dan Penerapan*. Malang: UB Press
- Wahyuni, S. A. 2015. Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Perioperatif Katarak dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak di

RSD dr. Soebandi Jember. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Weintarub, et al. 2002. Smoking Cessation and Risk of Cataract Extraction among US Women and Men. *American Journal of Epidemiology*. 155(1) : 72-79

Williams, L, S., P, D, Hopper,. 2007. Understanding Medical Surgical Nursing. 3rd. Philadelphia: Davis Company

Zhang, XH., Sun, HM., Ji, J, dst. 2003. Sex Hormones and Their Receptors in Patients With Age Related Cataract. *NCBI*, 29 (1):71-7





LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed***SURAT PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nur Afif Abdullah

NIM : 142310101136

Alamat : Kencong, Jl Kraktau No. 25 Kab. Jember

No. Telephon : 081936875856

Email : afifmamen@gmail.com

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, bermaksud akan melaksanakan penelitian yang berjudul “Hubungan Peran Perawat *Educator* Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan peran perawat *educator* dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di RSD Balung Kabupaten Jember. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk program pendidikan sarjana saya di Universitas Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang dapat merugikan bagi responden. Responden penelitian hanya akan mengisi lembar kuesioner yang membutuhkan waktu sekitar 15 menit untuk proses pengisiannya. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Anda maupun keluarga. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Jember,

2019

Peneliti

Nur Afif Abdullah

Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden :

PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat:

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Nama : Nur Afif Abdullah

NIM : 142310101136

Judul : Hubungan Peran Perawat *Educator* Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak Di Rsd Balung Kabupaten Jember

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden penelitian. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaman kerahasiaan data akan dijaga dan juga memahami manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan.

Demikian pernyataan ini saya buat, semoga dapat dipergunakan sebagaimana semestinya.

Jember, 2019

(.....)

Lampiran 3. Kuisisioner A Peran Perawat Sebagai *Educator*

Informasi ini akan dirahasiakan, oleh karena itu mohon diisi sesuai dengan keadaan sebenarnya. Terima kasih.

Karakteristik Umum Responden

1. Kode responden :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :

Petunjuk

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakan kepada pihak kami.
2. Berilah tanda (✓) pada kolom Sangat Sesuai, Sesuai, Ragu-ragu, Tidak Sesuai, Sangat Tidak Sesuai yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan anda selama beberapa terakhir ini.

Adapun pilihan jawaban tersebut adalah:

1. bila pernyataan **Sangat Sesuai** artinya **81-100%** sesuai dengan yang dilakukan perawat;
2. bila pernyataan **Sesuai** artinya **61-80%** sesuai dengan yang dilakukan perawat;
3. bila pernyataan **Ragu-ragu** artinya **41-60%** sesuai dengan yang dilakukan perawat;
4. bila pernyataan **Tidak Sesuai** artinya **21-40%** sesuai dengan yang dilakukan perawat;
5. bila pernyataan **Sangat Tidak Sesuai** artinya **0-20%** sesuai dengan yang dilakukan perawat.

No.	Selama saya menjadi pasien disini perawat:	SS	S	RG	TS	STS
1.	Menjelaskan kepada saya tentang operasi katarak yang akan saya jalani					
2.	Menjelaskan kepada saya tentang berapa lama operasi akan berlangsung					
3.	Menjelaskan kepada saya tentang jenis obat anestesi					
4.	Memberikan informasi kepada saya tentang dimana keluarga saya saat operasi					
5.	Meminta persetujuan saya sebelum melakukan operasi					
6.	Memberikan informasi tentang keadaan saya setelah diberikan obat anestesi					
7.	Tidak menjelaskan tindakan yang akan saya jalani					
8.	Menjelaskan batasan aktifitas saat operasi					
9.	Menjelaskan kepada saya tanda gejala komplikasi setelah operasi					
10.	Menjelaskan kepada saya tindak lanjut setelah operasi dilakukan					
11.	Memberikan informasi tentang siapa yang harus dihubungi dengan pertanyaan dan kekhawatiran					
12.	Tidak menjelaskan tindak lanjut setelah operasi					
13.	Menjelaskan kepada saya tentang hasil yang diharapkan setelah operasi					
14.	Menjelaskan kepada saya tentang hasil yang diharapkan setelah anestesi diberikan					
15.	Menjelaskan kepada saya batasan aktifitas setelah operasi					
16.	Tidak menjelaskan keadaan saya setelah operasi					
17.	Mencontohkan bagaimana penggunaan obat tetes mata					
18.	Mencontohkan kepada saya bagaimana merawat mata saya					
19.	Tidak menjelaskan kepada saya tentang apa yang harus dilakukan					

	keluarga saya setelah operasi dilakukan					
20.	Memberikan kesempatan kepada saya untuk bertanya					
21.	Membantu saya untuk rileks sebelum melaksanakan operasi					
22.	Tidak menjelaskan kepada saya tentang tindakan sebelum melakukan operasi					
23.	Memberikan kesempatan keluarga saya untuk membantu mempersiapkan saya sebelum operasi					
24.	Tidak menjelaskan kepada saya apa yang harus saya lakukan sebelum operasi dilaksanakan					



Lampiran 4. Kuisisioner Kecemasan Pasien (*Hamilton Anxiety Rating Scale*)

Informasi ini akan dirahasiakan, oleh karena itu mohon diisi sesuai dengan keadaan sebenarnya. Terima kasih.

Petunjuk

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakan kepada pihak kami.
2. Berilah tanda (✓) pada kolom 0, 1, 2, 3, 4 yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan anda selama beberapa terakhir ini.

Adapun pilihan jawaban tersebut adalah:

1. bila pernyataan **0** artinya **tidak ada gejala sama sekali;**
2. bila pernyataan **1** artinya **satu dari gejala yang ada;**
3. bila pernyataan **2** artinya **sedang atau separuh dari gejala yang ada;**
4. bila pernyataan **3** artinya **berat atau lebih dari separuh gejala yang ada;**
5. bila pernyataan **4** artinya **sangat berat semua gejala ada.**

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

	f. Pada Kerumunan Orang Banyak					
4.	Gangguan Tidur a. Sukar Masuk Tidur b. Terbangun Malam Hari c. Tidak Nyenyak d. Bangun dengan Lesu e. Banyak Mimpi-Mimpi f. Mimpi Buruk g. Mimpi Menakutkan					
5.	Gangguan Kecerdasan a. Sukar Konsentrasi b. Daya Ingat Buruk					
6.	Perasaan Depresi a. Hilangnya Minat b. Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi c. Sedih d. Bangun Dini Hari e. Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari					
7.	Gejala Somatik (Otot) a. Sakit dan Nyeri di Otot-Otot b. Kaku c. Kedutan Otot d. Gigi Gemerutuk e. Suara Tidak Stabil					
8.	Gejala Somatik (Sensorik) a. Tinitus b. Penglihatan Kabur c. Muka Merah atau Pucat d. Merasa Lemah e. Perasaan ditusuk-Tusuk					
9.	Gejala Kardiovaskuler a. Nadi Cepat b. Berdebar c. Perasaan Lesu/ Lemas Seperti Mau Pingsan d. Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)					
10.	Gejala Respiratori a. Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada b. Perasaan Tercekik c. Sesak					
11.	Gejala Gastrointestinal a. Sulit Menelan b. Perut Melilit c. Gangguan Pencernaan d. Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan e. Perasaan Terbakar di Perut f. Rasa Penuh atau Kembang					

	<ul style="list-style-type: none">g. Mualh. Muntahi. Buang Air Besar Lembekj. Kehilangan Berat Badank. Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)					
12.	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none">a. Sering Buang Air Kecilb. Tidak Dapat Menahan Air Senic. Menorrhagiad. Impotensi					
13.	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none">a. Mulut Keringb. Muka Merahc. Mudah Berkeringatd. Pusing dan Sakit Kepala					
14.	Tingkah Laku Pada Wawancara <ul style="list-style-type: none">a. Gelisah Tidak Tenangb. Jari Gemetarc. Kerut Keningd. Muka Tegange. Tonus Otot Meningkatkanf. Napas Pendek dan Cepat					

Lampiran 5. Surat Pernyataan Tidak Melakukan Studi Pendahuluan

LEMBAR TIDAK MELAKUKAN STUDI PENDAHULUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Siswoyo, S. Kp., M.Kep
NIP : 198004122006041002
Jabatan : Dosen Pembimbing Utama

Menerangkan bahwa mahasiswa berikut ini:

Nama : Nur Afif Abdullah
NIM : 142310101136
Judul : Hubungan Peran Perawat *Educator* dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre operatif Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember.

Tidak melakukan studi pendahuluan di RSD Balung Kabupaten Jember.
Demikian surat keterangan studi pendahuluan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 10 Desember 2018

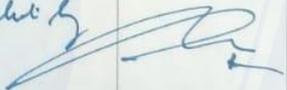

Dosen Pembimbing Utama
Ns. Siswoyo, S. Kp., M.Kep
NIP : 198004122006041002

Lampiran 6. Lembar Konsul DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Nur Afif Abdullah
NIM : 142310101136
Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S.Kp., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
19 April 2018	Konsultasi Judul	Kerjakan Bab 1	
2 Mei 2018	Konsultasi Bab 1	Revisi Bab 1 (kerjakan bab selanjutnya)	
5 Juni 2018	Konsultasi Bab 1-3	Kerjakan Bab 4	
13 Juni 2018	Konsultasi Haris Stypen	Membuat cover dan lanjut kerjakan Bab 4	

<p>27 November 2018</p>	<p>DS I - IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rego. Jember - Perw. Loggia - dep. - Supt. 	
<p>29 November 2018</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Acc. Kupro - Perw. Loggia - Supt. 	
<p>15 Juli 2019</p>	<p>SPSS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carita - Supt. 	
<p>16 Juli 2019</p>	<p>BS V - VI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deb V -> Chapter - Kumpul Sesi 4 	

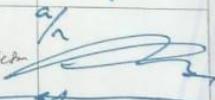
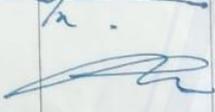


17 Juli 2019	- layout	- Acc. Fidy. - paragraph. - Sign	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Nur Afif Abdullah
 NIM : 142310101136
 Dosen Pembimbing Akhir : Ns. Baskoro Setiopotro, S.Kp., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
09 Mei 2018	Konsultasi Bab 1 dan judul	- Perbaiki data - Perbaiki penulisan yang digunakan (teknologi teori)	
16 Mei 2018	Konsultasi Bab 2	- tambahkan teori faktor penyebab cacat - tambahkan teori etikan perawat pasien dan prosedur	
7 Juni 2018	Konsultasi Bab 3	- tambahkan faktor penyebab cacat	
28 Oktober	Konsultasi Bab 4 dan kesimpulan	- tambahkan rumus - tambahkan referensi operasional	

30 November 2018	Revisi Kuesioner dan melampirkan surat-surat	menyusun parafase yang tepat.	
4 Desember 2018	meminta kembali surat-surat	ACC	
15 Januari 2019	ABSTRAK	Revisi Abstrak & Ringkasan	
16 Januari 2019	Ringkasan	Revisi Ringkasan	
17 Januari 2019		ACC	

Lampiran 7. Karakteristik Responden

a. Karakteristik Responden

Karakteristik Responden					
Nama	Jenis Kelamin	Pendidikan	Umur	Pekerjaan	
1	Laki-laki	1	70	1	
2	Perempuan	1	74	1	
3	Laki-laki	1	71	1	
4	Laki-laki	2	56	1	
5	Laki-laki	1	50	1	
6	Perempuan	1	60	1	
7	Laki-laki	1	65	2	
8	Perempuan	1	63	1	
9	Laki-laki	1	61	1	
10	Laki-laki	1	51	2	
11	Laki-laki	2	70	2	
12	Laki-laki	3	59	2	
13	Perempuan	1	58	1	
14	Perempuan	1	73	1	
15	Laki-laki	1	73	1	
16	Perempuan	2	55	2	
17	Laki-laki	2	60	2	
18	Laki-laki	1	58	1	
19	Laki-laki	1	60	1	
20	Perempuan	2	63	2	
21	Perempuan	1	67	1	
22	Laki-laki	2	55	1	
23	Laki-laki	1	63	2	
24	Laki-laki	1	57	1	
25	Laki-laki	1	73	1	
26	Laki-laki	2	59	2	
27	Laki-laki	1	67	1	
28	Laki-laki	2	61	2	
29	Perempuan	3	58	2	
30	Laki-laki	1	64	1	
31	Perempuan	2	64	2	
32	Laki-laki	2	57	1	
33	Laki-laki	3	66	2	

b. Peran Perawat Educator

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
1	4	3	3	3	3	4	4	4
2	4	3	3	3	3	4	4	4
3	4	3	3	3	3	4	3	4
4	5	4	3	3	3	4	3	4
5	4	3	3	3	3	4	4	4
6	4	3	3	3	3	4	4	4
7	4	3	3	3	3	4	3	4
8	4	3	3	3	3	4	4	4
9	4	5	3	3	3	4	4	4
10	4	3	3	3	3	4	4	4
11	4	3	3	3	3	4	4	4
12	4	4	3	3	3	4	4	4
13	4	3	3	3	3	4	4	5
14	3	1	3	3	3	3	2	3
15	4	3	3	3	3	4	3	4
16	4	4	3	3	3	4	4	4
17	4	3	3	3	3	4	4	4
18	4	3	3	3	3	4	4	4
19	4	3	3	3	3	4	3	5
20	4	3	3	3	3	4	4	5
21	4	3	3	3	3	4	3	4
22	4	3	3	3	2	4	4	4
23	4	3	3	3	2	5	3	5
24	4	3	3	3	3	4	4	4
25	4	3	3	3	3	4	3	4
26	4	3	3	3	3	3	4	4
27	4	3	3	3	3	3	4	4
28	4	4	3	3	4	4	4	4
29	5	3	3	3	4	4	4	5
30	4	3	4	4	4	4	4	4
31	5	3	3	3	3	4	4	5
32	4	3	3	3	2	5	4	5
33	4	3	3	3	3	4	3	3

P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
4	4	4	4	4	4	5
4	4	3	4	4	4	4
4	3	3	4	4	5	4
4	3	3	4	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	3	4	5	4	5	5
4	3	4	4	3	5	5
4	4	4	4	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	5	4	4	4
1	3	3	2	2	2	4
3	4	3	3	3	3	3
4	3	4	3	4	3	2
4	3	4	5	4	4	3
4	4	4	4	4	4	4
3	3	4	5	4	5	3
4	3	4	4	4	5	5
4	4	3	4	4	4	4
3	4	4	4	4	4	5
4	3	4	5	4	4	4
3	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	3	4	3
4	4	4	4	4	4	3
3	4	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
5	3	4	4	5	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	5	4	4	5
5	4	5	4	3	4	4
4	3	3	4	4	5	4

P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
4	3	3	4	4	4	4
4	3	3	4	4	4	4
4	4	3	4	4	4	4
4	4	3	4	4	4	3
4	3	3	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	4	4	3	4	4
4	4	4	3	3	5	5
5	4	4	4	5	4	5
4	4	4	5	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	5	4	4	3	4	4
4	2	2	2	2	2	2
4	5	4	4	4	4	4
4	3	4	4	4	4	4
4	4	4	4	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4
4	4	3	4	4	4	4
4	4	3	4	3	4	4
4	3	3	4	4	4	4
5	5	3	5	4	5	4
5	4	3	5	4	4	5
4	4	4	3	3	3	4
4	3	3	4	3	4	4
4	3	4	4	4	4	4
4	4	3	3	3	4	4
4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	5	4	4	4
4	4	4	4	4	4	4
5	4	3	4	4	4	5
4	4	4	5	4	4	4
4	3	4	4	4	4	4

P22	P23	P24	JUMLAH	Kategori
4	3	3	90	3
4	3	3	88	2
4	3	4	89	3
4	3	4	88	2
4	4	4	91	3
4	4	4	93	3
4	3	4	90	3
3	3	4	90	3
5	3	3	96	3
4	4	4	96	3
3	4	4	94	3
4	4	5	95	3
4	4	4	94	3
2	2	1	56	1
4	3	4	86	3
4	3	4	87	2
4	4	3	90	3
4	3	3	91	3
5	4	4	92	3
4	4	4	93	3
4	4	3	88	3
3	4	4	94	3
4	4	4	95	3
3	4	3	87	2
4	3	4	86	2
4	3	4	89	3
3	3	3	84	3
4	4	4	95	3
4	4	4	99	3
4	4	4	95	3
3	3	4	96	3
5	3	3	95	3
3	4	4	88	3

c. Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak

Responden	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
1	2	1	0	1	1	1	2	0
2	2	1	0	1	1	2	3	1
3	2	2	0	1	1	1	1	2
4	3	1	0	2	1	2	2	2
5	2	2	0	2	1	2	2	1
6	1	1	0	1	0	1	1	1
7	2	0	0	2	0	1	3	2
8	2	0	0	1	1	2	2	1
9	2	0	0	1	0	1	2	0
10	1	2	0	1	0	2	1	2
11	0	1	0	1	0	1	1	1
12	0	0	0	1	0	3	2	2
13	0	1	0	2	0	2	0	1
14	3	3	0	2	2	1	2	2
15	2	3	0	1	2	3	3	2
16	3	1	0	3	2	2	2	2
17	0	0	0	1	0	1	2	1
18	1	2	0	1	2	3	1	2
19	2	1	0	1	2	2	1	1
20	1	2	0	2	2	1	2	1
21	2	0	0	2	2	1	3	0
22	0	0	2	2	0	3	2	0
23	1	1	2	2	2	1	2	0
24	2	1	0	2	2	3	1	0
25	1	2	2	3	2	2	2	1
26	2	1	2	1	0	1	3	1
27	0	1	1	1	0	2	1	2
28	1	1	0	1	2	3	2	1
29	1	0	0	1	2	1	2	1
30	2	2	1	2	0	3	1	2
31	1	1	0	2	1	1	2	2
32	1	1	0	2	0	2	3	1
33	1	1	1	2	0	2	1	1

P9	P10	P11	P12	P13	P14	Jumlah	Kategori
1	0	2	2	1	3	17	1
0	1	2	2	2	2	20	1
1	0	3	1	1	1	17	1
2	0	3	2	2	2	24	2
0	0	3	2	1	1	19	1
2	0	1	1	2	1	13	0
2	0	1	2	1	3	19	1
1	0	2	0	2	3	17	1
0	0	3	2	0	1	12	0
1	0	3	2	1	2	18	1
2	0	2	2	2	1	14	0
3	0	3	2	1	2	19	1
1	0	3	1	2	1	14	1
0	0	2	2	1	3	23	2
1	1	3	2	1	1	25	2
1	0	2	1	2	2	23	2
2	0	3	2	2	2	16	1
1	0	3	2	1	3	22	2
2	0	3	2	2	1	20	1
1	0	1	0	2	2	17	1
2	0	2	1	1	2	18	1
2	0	3	1	2	1	18	1
0	0	3	2	1	2	19	1
1	1	2	2	2	3	22	2
2	0	1	1	1	3	23	2
1	0	3	2	2	1	20	1
2	0	2	1	1	2	16	1
3	0	3	2	1	3	23	2
3	1	2	2	2	1	19	1
3	0	1	2	1	2	22	2
3	0	3	1	2	3	22	2
1	1	2	2	2	1	19	1
2	0	3	1	1	1	17	1

d. Univariat Karakteristik Responden

Usia

N	Valid	33
	Missing	0
Mean		62,45
Std. Deviation		6,433

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50	1	3,0	3,0	3,0
	51	1	3,0	3,0	6,1
	55	2	6,1	6,1	12,1
	56	1	3,0	3,0	15,2
	57	2	6,1	6,1	21,2
	58	3	9,1	9,1	30,3
	59	2	6,1	6,1	36,4
	60	3	9,1	9,1	45,5
	61	2	6,1	6,1	51,5
	63	3	9,1	9,1	60,6
	64	2	6,1	6,1	66,7
	65	1	3,0	3,0	69,7
	66	1	3,0	3,0	72,7
	67	2	6,1	6,1	78,8
	70	2	6,1	6,1	84,8
	71	1	3,0	3,0	87,9
	73	3	9,1	9,1	97,0
74	1	3,0	3,0	100,0	
Total		33	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pria	23	69,7	69,7	69,7
	Wanita	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diluar Gedung	20	60,6	60,6	60,6
	Didalam Gedung	13	39,4	39,4	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah/ SD/ SMP	20	60,6	60,6	60,6
	SMA	10	30,3	30,3	90,9
	D3/ S1	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

e. Univariat Peran Perawat dan Indikator Peran Perawat

		Pp			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	3,0	3,0	3,0
	Cukup	5	15,2	15,2	18,2
	Baik	27	81,8	81,8	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

		Menjelaskan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	3,0	3,0	3,0
	Cukup	7	21,2	21,2	24,2
	Baik	25	75,8	75,8	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

		Menasehati			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	1	3,0	3,0	3,0
	Baik	32	97,0	97,0	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

		Memfasilitasi			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	26	78,8	78,8	78,8
	Baik	7	21,2	21,2	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

		Mencontohkan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	3,0	3,0	3,0
	Cukup	14	42,4	42,4	45,5
	Baik	18	54,5	54,5	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

f. Univariat Kecemasan Operasi Katarak

		Kk			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada Kecemasan	3	9,1	9,1	9,1
	Kecemasan Ringan	20	60,6	60,6	69,7
	Kecemasan Sedang	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

g. Uji Normlitas Data Peran Perawat dan Tingkat Kecemasan

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalp	,213	33	,001	,656	33	,000
totalk	,124	33	,200*	,968	33	,427

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

f. Uji korelasi Spearman Rank

Correlations

			Pp	Kk
Spearman's rho	Pp	Correlation Coefficient	1,000	-,518**
		Sig. (2-tailed)	.	,002
		N	33	33
	Kk	Correlation Coefficient	-,518**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	.
		N	33	33

g. Uji Crosstab Tingkat Kecemasan Pasien Ringan dan Sedang dengan Peran Perawat

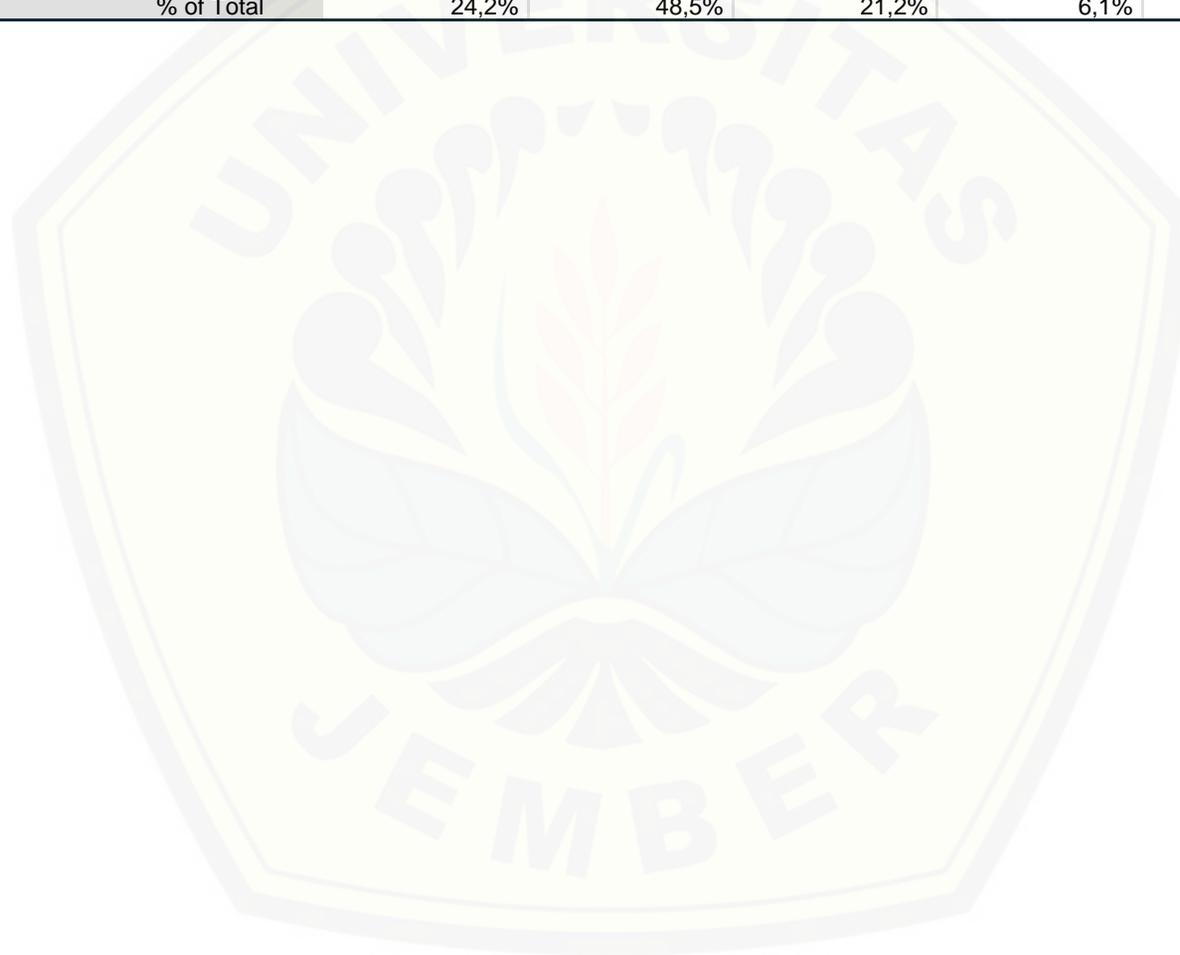
Kk * k1 Crosstabulation

		k1				Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	1	1	0	3
		% within Kk	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
		% within k1	16,7%	9,1%	7,7%	0,0%	9,1%
		% of Total	3,0%	3,0%	3,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	5	6	9	0	20
		% within Kk	25,0%	30,0%	45,0%	0,0%	100,0%
		% within k1	83,3%	54,5%	69,2%	0,0%	60,6%
		% of Total	15,2%	18,2%	27,3%	0,0%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	0	4	3	3	10
		% within Kk	0,0%	40,0%	30,0%	30,0%	100,0%
		% within k1	0,0%	36,4%	23,1%	100,0%	30,3%
		% of Total	0,0%	12,1%	9,1%	9,1%	30,3%
Total	Count	6	11	13	3	33	
	% within Kk	18,2%	33,3%	39,4%	9,1%	100,0%	
	% within k1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	18,2%	33,3%	39,4%	9,1%	100,0%	

Kk * k2 Crosstabulation

		k2				Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	2	0	0	3
		% within Kk	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k2	12,5%	12,5%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	7	9	4	0	20
		% within Kk	35,0%	45,0%	20,0%	0,0%	100,0%
		% within k2	87,5%	56,3%	57,1%	0,0%	60,6%

Kecemasan Sedang	% of Total	21,2%	27,3%	12,1%	0,0%	60,6%
	Count	0	5	3	2	10
	% within Kk	0,0%	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
	% within k2	0,0%	31,3%	42,9%	100,0%	30,3%
	% of Total	0,0%	15,2%	9,1%	6,1%	30,3%
Total	Count	8	16	7	2	33
	% within Kk	24,2%	48,5%	21,2%	6,1%	100,0%
	% within k2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	24,2%	48,5%	21,2%	6,1%	100,0%



Kk * k3 Crosstabulation

		k3			Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k3	11,5%	0,0%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	15	2	3	20
		% within Kk	75,0%	10,0%	15,0%	100,0%
		% within k3	57,7%	66,7%	75,0%	60,6%
		% of Total	45,5%	6,1%	9,1%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	8	1	1	10
		% within Kk	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
		% within k3	30,8%	33,3%	25,0%	30,3%
		% of Total	24,2%	3,0%	3,0%	30,3%
Total	Count	26	3	4	33	
	% within Kk	78,8%	9,1%	12,1%	100,0%	
	% within k3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	78,8%	9,1%	12,1%	100,0%	

Kk * k4 Crosstabulation

		k4			Total	
		Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k4	17,6%	0,0%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	11	9	0	20
		% within Kk	55,0%	45,0%	0,0%	100,0%
		% within k4	64,7%	64,3%	0,0%	60,6%
		% of Total	33,3%	27,3%	0,0%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	3	5	2	10
% within Kk		30,0%	50,0%	20,0%	100,0%	
% within k4		17,6%	35,7%	100,0%	30,3%	
	% of Total	9,1%	15,2%	6,1%	30,3%	
Total	Count	17	14	2	33	
	% within Kk	51,5%	42,4%	6,1%	100,0%	
	% within k4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	51,5%	42,4%	6,1%	100,0%	

Kk * k5 Crosstabulation

		k5			Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k5	21,4%	0,0%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	10	5	5	20
		% within Kk	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% within k5	71,4%	71,4%	41,7%	60,6%
		% of Total	30,3%	15,2%	15,2%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	1	2	7	10
		% within Kk	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%
		% within k5	7,1%	28,6%	58,3%	30,3%
		% of Total	3,0%	6,1%	21,2%	30,3%
Total	Count	14	7	12	33	
	% within Kk	42,4%	21,2%	36,4%	100,0%	
	% within k5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,4%	21,2%	36,4%	100,0%	

Kk * k6 Crosstabulation

		k6			Total	
		Satu Gejala Dari Yang Ada	Sepuluh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Sepuluh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k6	21,4%	0,0%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	9	9	2	20
		% within Kk	45,0%	45,0%	10,0%	100,0%
		% within k6	64,3%	75,0%	28,6%	60,6%
		% of Total	27,3%	27,3%	6,1%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	2	3	5	10
% within Kk		20,0%	30,0%	50,0%	100,0%	
% within k6		14,3%	25,0%	71,4%	30,3%	
	% of Total	6,1%	9,1%	15,2%	30,3%	
Total	Count	14	12	7	33	
	% within Kk	42,4%	36,4%	21,2%	100,0%	
	% within k6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	42,4%	36,4%	21,2%	100,0%	

Kk * k7 Crosstabulation

		k7				Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	0	2	1	0	3
		% within Kk	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% within k7	0,0%	20,0%	6,3%	0,0%	9,1%
		% of Total	0,0%	6,1%	3,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	1	5	9	5	20
		% within Kk	5,0%	25,0%	45,0%	25,0%	100,0%
		% within k7	100,0%	50,0%	56,3%	83,3%	60,6%
		% of Total	3,0%	15,2%	27,3%	15,2%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	0	3	6	1	10
% within Kk		0,0%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%	
% within k7		0,0%	30,0%	37,5%	16,7%	30,3%	
	% of Total	0,0%	9,1%	18,2%	3,0%	30,3%	
Total	Count	1	10	16	6	33	
	% within Kk	3,0%	30,3%	48,5%	18,2%	100,0%	
	% within k7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	3,0%	30,3%	48,5%	18,2%	100,0%	

Kk * k8 Crosstabulation

		k8				
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Total	
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	2	0	3
		% within Kk	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
		% within k8	16,7%	13,3%	0,0%	9,1%
		% of Total	3,0%	6,1%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	4	11	5	20
		% within Kk	20,0%	55,0%	25,0%	100,0%
		% within k8	66,7%	73,3%	41,7%	60,6%
		% of Total	12,1%	33,3%	15,2%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	1	2	7	10
		% within Kk	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%
		% within k8	16,7%	13,3%	58,3%	30,3%
		% of Total	3,0%	6,1%	21,2%	30,3%
Total	Count	6	15	12	33	
	% within Kk	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%	
	% within k8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%	

Kk * k9 Crosstabulation

		k9				Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	0	2	0	3
		% within Kk	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	100,0%
		% within k9	20,0%	0,0%	18,2%	0,0%	9,1%
		% of Total	3,0%	0,0%	6,1%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	3	8	7	2	20
		% within Kk	15,0%	40,0%	35,0%	10,0%	100,0%
		% within k9	60,0%	66,7%	63,6%	40,0%	60,6%
		% of Total	9,1%	24,2%	21,2%	6,1%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	1	4	2	3	10
% within Kk		10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	100,0%	
% within k9		20,0%	33,3%	18,2%	60,0%	30,3%	
	% of Total	3,0%	12,1%	6,1%	9,1%	30,3%	
Total	Count	5	12	11	5	33	
	% within Kk	15,2%	36,4%	33,3%	15,2%	100,0%	
	% within k9	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	36,4%	33,3%	15,2%	100,0%	

Kk * k10 Crosstabulation

		k10			
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Total	
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	100,0%
		% within k10	10,7%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	17	3	20
		% within Kk	85,0%	15,0%	100,0%
		% within k10	60,7%	60,0%	60,6%
		% of Total	51,5%	9,1%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	8	2	10
		% within Kk	80,0%	20,0%	100,0%
		% within k10	28,6%	40,0%	30,3%
		% of Total	24,2%	6,1%	30,3%
Total	Count	28	5	33	
	% within Kk	84,8%	15,2%	100,0%	
	% within k10	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	84,8%	15,2%	100,0%	

Kk * k11 Crosstabulation

		k11			Total	
		Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Separuh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	1	1	3
		% within Kk	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% within k11	20,0%	9,1%	5,9%	9,1%
		% of Total	3,0%	3,0%	3,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	2	7	11	20
		% within Kk	10,0%	35,0%	55,0%	100,0%
		% within k11	40,0%	63,6%	64,7%	60,6%
		% of Total	6,1%	21,2%	33,3%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	2	3	5	10
% within Kk		20,0%	30,0%	50,0%	100,0%	
% within k11		40,0%	27,3%	29,4%	30,3%	
	% of Total	6,1%	9,1%	15,2%	30,3%	
Total	Count	5	11	17	33	
	% within Kk	15,2%	33,3%	51,5%	100,0%	
	% within k11	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	15,2%	33,3%	51,5%	100,0%	

Kk * k12 Crosstabulation

		k12			Total	
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	0	1	2	3
		% within Kk	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% within k12	0,0%	10,0%	9,5%	9,1%
		% of Total	0,0%	3,0%	6,1%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	2	6	12	20
		% within Kk	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%
		% within k12	100,0%	60,0%	57,1%	60,6%
		% of Total	6,1%	18,2%	36,4%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	0	3	7	10
		% within Kk	0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
		% within k12	0,0%	30,0%	33,3%	30,3%
		% of Total	0,0%	9,1%	21,2%	30,3%
Total	Count	2	10	21	33	
	% within Kk	6,1%	30,3%	63,6%	100,0%	
	% within k12	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	6,1%	30,3%	63,6%	100,0%	

Kk * k13 Crosstabulation

		k13			Total
		Tidak Ada Gejala	Satu Gejala Dari Yang Ada	Separuh Dari Gejala Yang Ada	
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	1	0	2
		% within Kk	33,3%	0,0%	66,7%
		% within k13	100,0%	0,0%	12,5%
		% of Total	3,0%	0,0%	6,1%
	Kecemasan Ringan	Count	0	10	10
		% within Kk	0,0%	50,0%	50,0%
		% within k13	0,0%	62,5%	62,5%
		% of Total	0,0%	30,3%	30,3%
	Kecemasan Sedang	Count	0	6	4
		% within Kk	0,0%	60,0%	40,0%
		% within k13	0,0%	37,5%	25,0%
		% of Total	0,0%	18,2%	12,1%
Total	Count	1	16	16	
	% within Kk	3,0%	48,5%	48,5%	
	% within k13	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	3,0%	48,5%	48,5%	

Kk * k14 Crosstabulation

		k14			Total	
		Satu Gejala Dari Yang Ada	Sepuluh Dari Gejala Yang Ada	Lebih Dari Sepuluh Gejala Ada		
Kk	Tidak Ada Kecemasan	Count	3	0	0	3
		% within Kk	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within k14	23,1%	0,0%	0,0%	9,1%
		% of Total	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%
	Kecemasan Ringan	Count	9	8	3	20
		% within Kk	45,0%	40,0%	15,0%	100,0%
		% within k14	69,2%	72,7%	33,3%	60,6%
		% of Total	27,3%	24,2%	9,1%	60,6%
	Kecemasan Sedang	Count	1	3	6	10
% within Kk		10,0%	30,0%	60,0%	100,0%	
% within k14		7,7%	27,3%	66,7%	30,3%	
	% of Total	3,0%	9,1%	18,2%	30,3%	
Total	Count	13	11	9	33	
	% within Kk	39,4%	33,3%	27,3%	100,0%	
	% within k14	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	39,4%	33,3%	27,3%	100,0%	

Lampiran 8. Dokumentasi Penelitian

a. Pengisian lembar *informed consent*



Gambar 1. Kegiatan pengisian *Informed Consent* dipandu oleh Nur Afif Abdullah, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember

b. Pengisian Lembar Kuesioner Peran Perawat *Educator*



Gambar 2. Kegiatan menjelaskan lembar kuesioner peran perawat *educator* dan membantu pasien untuk mengisi lembar kuesioner dengan dipandu oleh Nur Afif Abdullah, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember

c. Pengisian Lembar Kuesioner Tingkat Kecemasan Pasien



Gambar 3. Kegiatan penjelasan lembar kuesioner tingkat kecemasan (HARS) dan membantu pasien untuk mengisi kuesioner dipandu oleh Nur Afif Abdullah, Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Lampiran 9. Surat Penelitian

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

Nomor : 2521/UN25.1.14/LT/2019 Jember, 08 May 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Nur Afif Abdullah
N I M : 142310101136
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Peran Perawat Educator dengan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember
lokasi : Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

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

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : <http://rsudbalung.6te.net>
BALUNG - JEMBER

SURAT KETERANGAN

Nomor: 800/ 535 /35.09.611/VII/2019

Dengan ini yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **drg. NUR CAHYOHADI, MARS**
NIP : 19640912 199203 1 007
Jabatan : Plt. Direktur RSD Balung
Menerangkan :
Nama : **NUR AFIF ABDULLAH**
NIM : 142310101036
Status : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Yang bersangkutan telah benar – benar melakukan Penelitian di Rumah Sakit Daerah Balung terhitung mulai tanggal 18-05-2019 s/d 29-06-2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Balung
Pada tanggal : 01-07-2019

Plt. DIREKTUR


drg. NUR CAHYOHADI, MARS
Pembina / IV a
NIP. 19640912 199203 1 007

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

Jember, 18 Mei 2019

Nomor : 045/187-V/35.09.611/V/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. NUR AFIF ABDULLAH

Di -

JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/1339/415/2019 tanggal, 14 Mei 2019 perihal melakukan Ijin Penelitian Saudara:

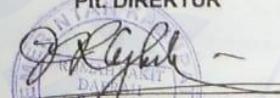
Nama : NUR AFIF ABDULLAH
NIM : 142310101036
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian tentang: "Hubungan Peran Perawat Educator Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung".
Tanggal : 18-05-2019 s/d 29-06-2019

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Penelitian di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Penelitian mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Penelitian yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Penelitian disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pt. DIREKTUR


drg. NUR CAHYOHADI, MARS
Pembina/IV a
NIP. 19640912 199203 1 007

Tembusan Yth.

1. Sdr. Ketua LP2M Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;
3. Arsip;



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur RSD. Balung Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1339/415/2019

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Ketua LP2M Universitas Jember tanggal 10 Mei 2019 Nomor : 1531/UN25.3.1/LT/2019 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Nur Afif Abdullah / 142310101136
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Perum Istana Tidar E3/1 Sumbersari, Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Peran Perawat Educator Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD. Balung Kabupaten Jember"
 Lokasi : RSD. Balung Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Mei s/d Juni 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 14-05-2019

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER

(Signature)
 NIP. 19611224 198812 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id-pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 1531/UN25.3.1/LT/2019
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

10 Mei 2019

Yth. **Kepala**
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember
Di
Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 2521/UN25.1.14/LT/2019 tanggal 8 Mei 2019 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Nur Afif Abdullah
NIM : 142310101136
Fakultas : Keperawatan
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Alamat : Perum Istana Tidar E3/1 Sumpersari-Jember
Judul Penelitian : "Hubungan Peran Perawat *Educator* Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di RSD Balung Kabupaten Jember"
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember
Lama Penelitian : 1 Bulan (13 Mei-13 Juni 2019)

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

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
Sekretaris II,



Dr. Susanto, M.Pd.

NIP. 196306161988021001

- Tembusan Yth.
1. Direktur RSD Balung-Jember;
 2. Dekan Fak. Keperawatan Univ Jember;
 3. Mahasiswa ybs; ✓
 4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173