

**HUBUNGAN WAKTU MENUNGGU GILIRAN OPERASI DENGAN
KECEMASAN PASIEN PREOPERASI DI RUANG INSTALASI
BEDAH SENTRAL RSUD KUDUNGA SANGATTA
KABUPATEN KUTAI TIMUR**

SKRIPSI



**OLEH:
KUSNOWO**

NIM. 16.0520.0855.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018

**HUBUNGAN WAKTU MENUNGGU GILIRAN OPERASI DENGAN
KECEMASAN PASIEN PREOPERASI DI RUANG INSTALASI
BEDAH SENTRAL RSUD KUDUNGA SANGATTA
KABUPATEN KUTAI TIMUR**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana (S.Kep)



NIM. 16.0520.0855.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN WAKTU MENUNGGU GILIRAN OPERASI DENGAN
KECEMASAN PASIEN PREOPERASI DI RUANG INSTALASI
BEDAH SENTRAL RSUD KUDUNGA SANGATTA
KABUPATEN KUTAI TIMUR**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH

KUSNOWO

NIM. 16.0520.0855.01

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji
Pada tanggal, Juli 2018

Penguji I,

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.86.14.071

(.....)

Penguji II,

Ns. Siti Mukaromah, M.Kep., Sp.Kom

NIK. 113072.82.09.024

(.....)

Penguji III,

Ns. Amin Huda Nurarif, S.Kep

NIK. 113072.85.09.010

(.....)

Mengesahkan
Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Edy Mulyono, S.Pd,S.Kep, M.Kep

NIK. 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK. 113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kusnowo

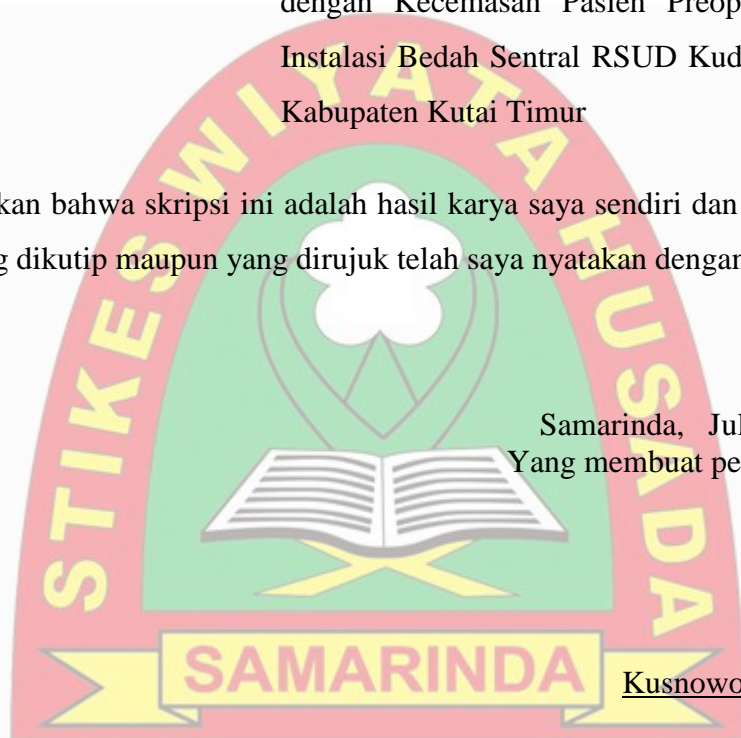
NIM : 16.0520.0855.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi dengan Kecemasan Pasien Preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Samarinda, Juli 2018
Yang membuat pernyataan,



Kusnowo

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa. karena atas Rahmat-Nya, penulis mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi dengan Kecemasan Pasien Preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur”.

Pada kesempatan ini tidak lupa saya mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini baik dari segi moril maupun materil. Adapun penghargaan ini saya berikan kepada :

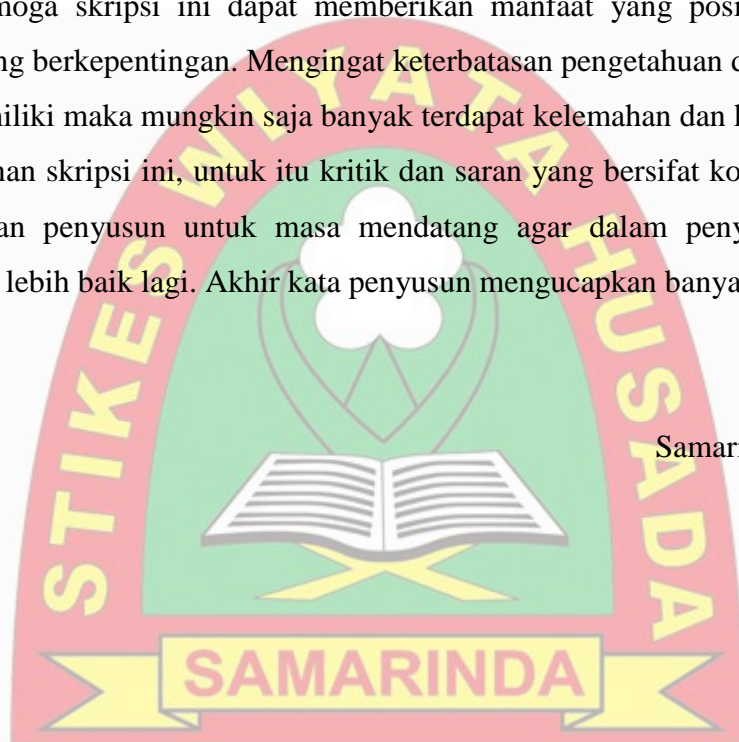
1. H. Mujito Hadi, S.Pd., MM., selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns.Edy Mulyono, S.Pd,S.Kep,M.Kep, selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns.Rusdi, S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan.
4. dr. Hj. Anik Istityandari, M.P.H, selaku Direktur RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.
5. Lely Pembriana, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.
6. Ns. Siti Mukaromah, M.Kep.,Sp.Kom., selaku Pembimbing I yang telah memberikan waktu dan keilmuannya membimbing penyusunan skripsi ini.
7. Ns. Amin Huda Nurarif, S.Kep., selaku Pembimbing II yang telah memberikan waktu dan keilmuannya membimbing penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan pengarahan serta bimbingan yang bermanfaat kepada saya.
9. Rekan-rekan staf Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

10. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan pengarahan serta bimbingan yang bermanfaat kepada saya.
11. Isteri, anak-anak, orang tua beserta saudara-saudara saya yang telah begitu banyak memberikan pengertian dan dukungan pada saya.
12. Teman-teman di Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda yang senantiasa selalu mendukung satu sama lain.

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat yang positif bagi semua pihak yang berkepentingan. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki maka mungkin saja banyak terdapat kelemahan dan kekurangan dari penyusunan skripsi ini, untuk itu kritik dan saran yang bersifat konstruktif sangat diharapkan penyusun untuk masa mendatang agar dalam penyusunan skripsi ke depan lebih baik lagi. Akhir kata penyusun mengucapkan banyak terima kasih.

Samarinda, Juli 2018

Penulis



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kusnowo
NIM : 16.0520.0855.01
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi dengan Kecemasan Pasien Preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2018
Yang menyatakan,

Kusnowo

ABSTRAK

HUBUNGAN WAKTU MENUNGGU GILIRAN OPERASI DENGAN KECEMASAN PASIEN PREOPERASI DI RUANG INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD KUDUNGGGA SANGATTA KABUPATEN KUTAI TIMUR

Kusnowo¹, Siti Mukaromah², Amin Huda Nurarif²

Latar Belakang: waktu menunggu merupakan hal yang sangat krusial karena lamanya waktu yang dirasakan atau dipikirkan oleh pasien ketika menunggu pelayanan di rumah sakit. Waktu menunggu memiliki dampak untuk menentukan kepuasan pelayanan. Lambatnya waktu pelayanan dapat menyebabkan pasien merasa cemas sehingga menurunkan kepuasan. **Tujuan:** untuk mengetahui hubungan antara waktu menunggu dengan kecemasan. **Metode:** Rancangan penelitian ini adalah korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian adalah pasien preoperasi dengan jumlah populasi sebesar 127 orang. Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan metode *nonprobability sampling* dengan teknik *accidental sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 112 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner kecemasan berdasarkan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) dan lembar observasi waktu menunggu. Data yang terkumpul dianalisis dengan uji *chi square*. **Hasil Penelitian:** Ada hubungan antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta dengan *p value* = 0,011. **Kesimpulan:** Waktu menunggu giliran operasi berpengaruh terhadap kecemasan pasien preoperasi. Diharapkan pihak Rumah Sakit merencanakan tindakan pengurangan kecemasan.

Kata kunci: waktu menunggu, kecemasan, pasien preoperasi

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF THE TURN FOR OPERATION'S WAITING TIME AND THE PRE-OPERATION PATIENT'S ANXIETY IN THE CENTRAL ROOM OF SURGERY GENERAL HOSPITAL OF KUDUNGA SANGATTA EAST KUTAI REGENCY

Kusnowo¹, Siti Mukaromah², Amin Huda Nurarif²

Background: Waiting time is a crucial thing since it is felt or thought to be long for the patients before they are served in the hospital. Waiting time has the impact to determine service satisfaction. The lengthy service time can cause the patients to feel anxious which therefore reduce the level of satisfaction. **Purpose:** to identify the relation between the waiting time and the anxiety. **Method:** The design of this research was correlational combined with a *cross-sectional* approach. The population of this research was the 127 pre-operation patients. The sampling technique used in this research was *nonprobability* method added with *accidental sampling* technique of 112 samples. Instruments used in this research were anxiety questionnaire based on the *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)* and the waiting time observation sheet. Data obtained was analyzed using the chi square testing. **Result:** There was a relationship between the waiting time of operation's turn with the anxiety of the pre-operation patients in the central room of surgery of General Hospital of Kudungga sangatta with the p value=0.011. **Conclusion:** Waiting time of operation's turn has an effect towards the anxiety of the pre-operation patients. It was suggested that the hospital would plan the anxiety reduction measures.

Keywords: waiting time, anxiety, pre-operation patients

¹Student of Science Program of Nursing, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Lecturer of Nursing Science Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
E. Penelitian Terkait	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	10
1. Konsep Waktu Menunggu	10
2. Konsep Kecemasan	15
3. Konsep Pre Operatif	25
4. Konsep Keperawatan.....	35
B. Kerangka Teori Penelitian	41
C. Kerangka Konsep Penelitian	42
D. Hipotesis Penelitian	42
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	43
B. Populasi dan Sampel	43
C. Variabel Penelitian	45
D. Definisi Operasional	46
E. Tempat Dan Waktu Penelitian	47
F. Instrumen Penelitian	47
G. Prosedur Pengumpulan Data	49
H. Analisa Data	51

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian	53
B. Pembahasan	60
C. Keterbatasan Penelitian	62

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	63
B. Saran	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian	46
Tabel 4.1. Gambaran karakteristik responden berdasarkan umur di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018.....	54
Tabel 4.2. Gambaran karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018..	54
Tabel 4.3. Gambaran karakteristik responden berdasarkan pendidikan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018..	55
Tabel 4.4. Gambaran karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018..	55
Tabel 4.5. Hasil analisa univariat waktu menunggu responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018.....	56
Tabel 4.6. Hasil analisa univariat kecemasan responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018.....	56
Tabel 4.7. Hubungan antara waktu menunggu dengan kecemasan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018	57



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Rentang respon cemas	23
Gambar 2.2. Kerangka Teori Penelitian	41
Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian	42



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Responden
- Lampiran 2 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 5 : Foto Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 6 : Rekapitulasi Data Kuesioner



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin oleh pemerintah dan harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes, 2009).

Penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; serta memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit. Pelayanan di kamar operasi sebagai salah satu jenis pelayanan rumah sakit diharapkan dapat mendukung keseluruhan dan mampu melaksanakan fungsinya melalui pemberian pelayanan yang baik dan bermutu (Program Peningkatan Mutu IBS RSUD Kudungga Sangatta, 2017).

Mc.Farlane (2003, dalam HIPKABI, 2009) mengatakan pelayanan keperawatan bermutu adalah pelayanan keperawatan yang dijalankan dengan kompeten dan penuh kepedulian (*caring*) yang dapat mempengaruhi kualitas pelayanan. Pelayanan seperti ini tidak hanya mampu menanggapi tuntutan-tuntutan situasi pelayanan kesehatan secara efisien dan efektif, tetapi juga mampu menanggapi kebutuhan pasien secara holistik menyangkut aspek fisik, sosial, kultural, dan spiritual dengan penuh *caring* yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan. Mutu pelayanan keperawatan salah satunya adalah kepuasan

pasien, sehingga untuk mencapai hal tersebut dapat dilakukan dengan penerapan konsep kepedulian (*caring*).

Perilaku *caring* perawat menjadi jaminan apakah layanan perawatan bermutu atau tidak sehingga perilaku *caring* diperlukan dalam berbagai tatanan pelayanan keperawatan. Selanjutnya Leininger (1981, dalam Rothrock, 2000) menetapkan kepedulian (*caring*) sebagai domain sentral dan domain penyatu untuk kumpulan pengetahuan dan praktik keperawatan.

Pelayanan keperawatan merupakan salah satu jenis pelayanan rumah sakit yang diharapkan mampu melaksanakan fungsinya melalui pelayanan yang baik dan bermutu dimana salah satu pelayanan keperawatan yang berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan adalah keperawatan perioperatif. Keperawatan *perioperative* merupakan area spesialis yang memerlukan pengetahuan, keterampilan teknik, kreativitas, kepemimpinan, serta keterampilan komunikasi, dan kerja tim. *Association of Operating Room Nurses* (AORN, 1995, dalam HIPKABI, 2009) menyatakan bahwa asuhan keperawatan *perioperative* dimulai dari pasien menjalani operasi di ruang operasi sampai pindah karena postanestesi. Keperawatan *perioperative* bertujuan untuk membantu pasien, keluarga, dan orang penting untuk mencapai tingkat sehat sama atau lebih tinggi dari sebelum sakit/ tindakan operasi yang mencakup 3 (tiga) fase yaitu: *preoperative*, *intraoperative*, dan *post operative*.

Keperawatan perioperatif sangat diperlukan karena pengalaman seseorang masuk rumah sakit dan memungkinkan operasi akan berbeda untuk tiap individu tetapi adalah mungkin untuk mendiskusikan faktor fisik dan psikologis turut berperan terhadap terjadinya kecemasan, dan efek-efek ini dapat mengalami kemajuan dan pemulihan. Tujuan perawatan preoperatif adalah untuk mempersiapkan pasien baik secara fisik dan psikologis terhadap operasi. *Preoperative* adalah dimulai dari keputusan operasi sampai pasien dikirim ke ruang operasi. *Intra operative* adalah dimulai dari pasien masuk ke ruang operasi dan berakhir sampai pasien masuk ke ruang pemulihan dan unit pelayanan postanestesi, sedangkan *postoperative* adalah dimulai dari pasien

masuk ruang pemulihan sampai kondisi pulih dari intervensi operasi (Attree & Merchant, 1996, dalam HIPKABI, 2009).

Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu. Waktu tunggu adalah waktu dari pasien daftar sampai dengan diperiksa oleh dokter. Waktu tunggu yang lama beresiko meningkatkan kecemasan pasien sehingga dapat menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan. Mutu atau kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien akan menentukan. Baik buruknya rumah sakit akan sangat ditentukan oleh tingkat kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan (Karimauv, dkk. 2015).

Menunggu adalah bagian dari kehidupan setiap orang, dan dapat melibatkan jangka waktu yang lama dalam hal ini pasien menunggu giliran operasi. Seperti yang telah disebutkan, rumah sakit sebagai salah satu penyedia kebutuhan primer manusia, yakni kesehatan juga rentan terdapat waktu tunggu. Dalam industri jasa kesehatan, waktu menunggu merupakan hal yang sangat krusial karena waktu menunggu merupakan lamanya waktu yang dirasakan atau dipikirkan oleh konsumen ketika menunggu pelayanan yang akan diberikan oleh perusahaan jasa. Waktu menunggu jelas memiliki dampak untuk menentukan kepuasan pelayanan. Lambatnya waktu pelayanan dapat menyebabkan konsumen merasa cemas (Bielen & Demoulin, 2007).

Biasanya pasien yang akan menjalani operasi baik segera (*emergency*) maupun yang berencana (*elective*) merupakan suatu kejadian traumatik yang akan mengalami kecemasan, pasien dapat merasa cemas berkaitan dengan penyakitnya, pengobatan, dan pemeriksaan diagnosis yang dihadapi. Disebabkan karena membayangkan perasaan sakit setelah operasi, cemas bila tidak dapat bangun lagi setelah pembiusan, maupun cemas waktu menunggu giliran operasi.

Brunner & Suddarth (2002) mengatakan pikiran yang bermasalah secara langsung mempengaruhi fungsi tubuh, karena itu pentingnya arti untuk mengidentifikasi kecemasan yang dialami klien. Terutama pada tahapan preoperatif yang diharapkan pasien dapat mempersiapkan secara fisik maupun

psikologis sehingga diperlukan pendamping perawat untuk mengelola suasana hati pasien yang dapat mengurangi kecemasan pasien. David (2003) mengatakan kecemasan merupakan suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis.

Attree & Merchant (1996 dalam HIPKABI, 2009) mengatakan bagi pasien yang tidak mengalami kegawatan/ operasi berencana (*elective*), tenggang waktu antara masuk rumah sakit dengan pembedahan paling sedikit 24 jam. Sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) penerimaan pasien di ruang preoperasi RSUD Kudungga Sangatta bahwa setiap pasien yang akan dilakukan operasi harus sudah ada di ruang preoperasi 30 menit sebelum pelaksanaan operasi. Sehingga diperlukan peran perawat ruang operasi yang merupakan orang pertama yang menemui pasien di ruang tunggu persiapan (*holding area*). Mc.Donald (2006, dalam Mashuri, 2009) mengatakan bahwa kehadiran perawat diharapkan menurunkan kecemasan preoperasi melalui pendidikan kesehatan, komunikasi dan sentuhan.

RSUD Kudungga Sangatta merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Kutai Timur dengan tipe B yang salah satunya memiliki Instalasi Bedah Sentral untuk pelayanan tindakan operasi. Program pelayanan Instalasi Bedah Sentral adalah salah satu bagian dari RSUD Kudungga dengan tugas memberikan pelayanan operasi baik berencana (*elective*) maupun segera (*emergency*). Instalasi Bedah Sentral menangani kasus operasi rujukan dari rumah sakit lainnya atau puskesmas di wilayah Kabupaten Kutai Timur yang berarti bahwa setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi akan menjalani tahap preoperatif.

Berdasarkan data kunjungan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta periode Januari sampai Desember 2017 sebanyak 1.520 orang dengan dengan rata-rata perbulan sebesar 127 orang. Diperoleh pula data tentang 10 besar penyakit di Instalasi Bedah Sentral yaitu operasi sectio cesarea sebanyak 390 orang, katarak sebanyak 212 orang, soft tissue tumor sebanyak 200 orang, fraktur sebanyak 180 orang, appendisitis sebanyak

120 orang, abses sebanyak 114 orang, tubectomy sebanyak 58 orang, hernia sebanyak 64 orang, post fractur/ uff plate sebanyak 36 orang dan ulkus DM sebanyak 36 orang. Data rata-rata jumlah pasien yang menjalani operasi setiap harinya tahun 2017 sebanyak 6-7 pasien dengan berbagai macam kasus operasi (Rekam Medik IBS, 2017).

Peneliti kemudian melakukan studi pendahuluan selama 3 hari yaitu Senin-Rabu, tanggal 08-10 Januari 2018 di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta dengan metode observasi dan wawancara terkait waktu menunggu pasien di ruang preoperatif dan kecemasan yang dialaminya, diperoleh data jumlah kamar operasi yang ada di Instalasi Bedah Sentral sebanyak 3 kamar, sehingga pastinya akan terjadi antrian atau waktu menunggu giliran operasi. Hasil observasi rata-rata waktu menunggu (antrian) terhadap 7 pasien yang akan menjalani operasi sebesar 42 menit dengan rincian 4 pasien menunggu di ruang preoperatif sekitar 50-60 menit atau lebih dari standar waktu yang ditetapkan 30 menit, sedangkan 3 pasien lainnya menunggu dalam waktu 20-25 menit.

Di ruang pre operatif sering dijumpai ketika perawat ruang operasi menerima pasien lebih terfokus pada serah terima dokumentasi dan persiapan fisik tetapi jarang mengkaji kecemasan pasien preoperatif. Perawat jarang memberikan penjelasan keadaan ruang operasi dan tahapan-tahapan yang akan dijalani pasien. Data subyektif yang peneliti dengar dari pasien adalah berupa pertanyaan-pertanyaan seperti: “kapan saya dioperasi?, masih lamakah giliran saya?, kok Ibu/ Bapak itu yang dipanggil duluan?,” dan sebagainya. Hasil wawancara dengan pasien pre operatif menunjukkan rata-rata pasien merasa cemas dengan rincian 5 orang yang mengatakan merasa cemas sekali menghadapi operasi karena merupakan pengalaman pertama, sedangkan 2 orang tidak terlalu merasa cemas. Data obyektif didapatkan pasien menunjukkan ekspresi wajah tegang, mengerutkan dahi, nafas pendek, peningkatan nadi dan pasien gelisah.

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam setiap tindakan operasi baik pada masa sebelum, selama, maupun setelah operasi.

Intervensi keperawatan yang tepat diperlukan untuk mempersiapkan pasien baik secara fisik maupun psikis. Berdasarkan fenomena di atas peneliti ingin melakukan penelitian tentang “Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi dengan Kecemasan Pasien Preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pernyataan ataupun pertanyaan masalah secara umum sesuai dengan hasil identifikasi masalah yang relevan dengan tujuan penelitian. Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah penelitian yaitu ”Apakah ada hubungan waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur?.”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik demografi responden.
- b. Mengidentifikasi waktu menunggu giliran operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.
- c. Mengidentifikasi kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.
- d. Menganalisa hubungan antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Institusi Pendidikan

- 1) Bahan informasi pendidikan khususnya bidang keperawatan medikal bedah dalam lingkup pelayanan pasien pre operatif.
- 2) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah dalam konsep pelayanan pasien pre operatif.

b. Peneliti

Sebagai sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pencegahan kecemasan, memperoleh pengalaman dalam melakukan penelitian dibidang keperawatan, dan memberikan informasi sebagai bahan masukan untuk penelitian yang akan datang.

2. Manfaat Praktis

a. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan/ informasi yang dapat digunakan sebagai tolak ukur untuk merumuskan kebijakan dalam peningkatan mutu pelayanan pada pasien preoperasi yang bertujuan untuk meminimalkan waktu menunggu pasien sehingga dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

b. Perawat

Menambah pengetahuan dalam upaya peningkatan tindakan pencegahan kecemasan pasien preoperatif serta sebagai masukan agar perawat lebih meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan secara menyeluruh baik fisik maupun psikis pada pasien.

c. Pasien Preoperasi

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan pengetahuan bagi pasien dan keluarga tentang teknik mencegah atau mengurangi kecemasan terutama pada tahap preoperatif.

E. Penelitian Terkait

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Tambengi (2017) tentang hubungan antara waktu tunggu dengan kecemasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado. Sampel penelitian berjumlah 40 responden yang di dapat dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross Sectional* dan data dikumpulkan dari responden dengan menggunakan kusioner kecemasan STAI dan lembar observasi. Hasil penelitian uji chi square diperoleh nilai signifikan $p = 0,011 < 0,05$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara waktu tunggu dengan kecemasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado.

Perbedaan penelitian Tambengi dengan penelitian ini adalah responden penelitian dimana penelitian sebelumnya menggunakan pasien yang menunggu antrian pelayanan di Unit Gawat Darurat sedangkan penelitian ini menggunakan pasien pre operatif di ruang Instalasi Bedah Sentral. Penggunaan instrumen pengukuran kecemasan juga berbeda yaitu penelitian Tambengi menggunakan kusioner kecemasan STAI sedangkan penelitian ini menggunakan *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*.

Penelitian terkait lainnya oleh Karimauv, dkk. (2015) tentang hubungan antara lamanya menunggu waktu pensiun dan tingkat kecemasan pada Pegawai Negeri Sipil di Universitas Jember. Jenis penelitian ini adalah penelitian survey analitik dengan metode *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah PNS di Universitas jember yang akan pensiun. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara non probability sampling dengan metode total sampling. Instrumen penelitian yang digunakan adalah *informed consent* dan kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*. Analisis data menggunakan uji Spearman dengan program SPSS. Hasil uji statistik Spearman menunjukkan nilai signifikansi sebesar 0,347 ($p > 0,05$) yang artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lamanya menunggu waktu pensiun dan tingkat kecemasan pada pegawai negeri sipil di Universitas Jember.

Perbedaan penelitian Karimauly, dkk. dengan penelitian ini adalah pada responden penelitiannya dimana penelitian sebelumnya menggunakan Pegawai Negeri Sipil di Universitas Jember sedangkan penelitian ini menggunakan pasien pre operatif di ruang Instalasi Bedah Sentral sebagai respondennya. Pada teknik pengambilan sampel dalam penelitian sebelumnya dengan metode total sampling, sedangkan penelitian ini menggunakan metode *accidental sampling*. Pada teknik analisa data juga terdapat perbedaan dimana penelitian sebelumnya menggunakan uji Spearman, sedangkan penelitian ini menggunakan uji *chi-square*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Waktu Menunggu

Waktu menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1997) adalah seluruh rangkaian saat ketika proses, perbuatan atau keadaan berada atau berlangsung. Dalam hal ini, skala waktu merupakan interval antara dua buah keadaan/ kejadian, atau bisa merupakan lama berlangsungnya suatu kejadian (<http://id.wikipedia.org/wiki/waktu>, diperoleh tanggal 12 Januari 2018). Pengertian waktu menunggu adalah suatu cara seseorang untuk menunggu sesuatu dalam melakukan kesempatan untuk memiliki atau melakukan sesuatu (Mac. Millan, 2011).

Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan waktu menunggu giliran operasi secara operasional dalam penelitian ini adalah suatu cara pasien preoperatif untuk menunggu giliran operasi yang akan dijalani. Adapun waktu yang diperlukan pasien dalam menunggu giliran operasi dihitung sejak pasien masuk ruang preoperatif sampai dengan adanya informasi dari petugas operasi bahwa pasien sudah diperbolehkan masuk ke kamar intraoperasi.

a. Pandangan terhadap waktu

Menurut Sunaryo (2004) bahwa manusia harus selalu menyesuaikan diri dengan kehidupan dunia yang selalu berubah-ubah. Manusia sebagaimana ia ada pada suatu ruang dan waktu, merupakan hasil interaksi antara jasmani, rohani, dan lingkungan. Ketiga unsur tersebut saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Dalam segala masalah, kita harus mempertimbangkan ketiganya sebagai suatu keseluruhan (*holistik*) sehingga manusia disebut sebagai makhluk somato-psiko-sosial.

Tiap [masyarakat](#) memiliki pandangan yang relatif berbeda tentang waktu yang mereka jalani. Sebagai contoh: masyarakat [Barat](#) melihat waktu sebagai sebuah garis lurus (*linier*). Konsep garis lurus tentang waktu diikuti dengan terbentuknya konsep tentang urutan kejadian. Dengan kata lain sejarah manusia dilihat sebagai sebuah proses perjalanan dalam sebuah garis waktu sejak jaman dulu, jaman sekarang dan [jaman](#) yang akan datang. Cara pandang terhadap waktu bukan hanya sekedar cara melihat detikan arloji pada dinding yang terus berputar tanpa henti dan menunggu komando dari setiap orang, namun waktu lebih dilihat sebagai kesempatan, uang dan karya yang terus berlangsung mengukir hidup yang tiada hentinya. Kebebasan waktu terjadi dimana orang mampu memberikan segala [karya](#), [cipta](#), dan [karsanya](#) bagi semua.

b. Menunggu dan Mengantri

Lovelock dan Wright (2005) diperkirakan penduduk Amerika menghabiskan 37 miliar jam per tahun (rata-rata hampir 150 jam per orang) menunggu dalam antrian, dan selama itu mereka mengomel, kesal, dan merengut, menurut Washington post. Tampaknya keadaan serupa atau yang lebih buruk terjadi juga di seluruh dunia. Richard Larson berpendapat bahwa, apabila semua dijumlahkan, orang rata-rata mungkin menghabiskan sebanyak satu setengah jam per hari menunggu dalam antrian, atau sama dengan 20 bulan menunggu dalam 80 tahun masa hidup.

Menunggu dan mengantri adalah fenomena sehari-hari yang sangat sering kita lihat walaupun pada kenyataannya tidak seorang pun suka menunggu. Karena hal ini sangat membosankan, membuang-buang waktu, dan kadang-kadang tidak menyenangkan secara fisik, khususnya apabila tidak ada tempat untuk duduk atau Anda berada di luar. Pendeknya, hal tersebut membawa dampak negatif pada kualitas jasa. Namun, menunggu proses jasa adalah suatu fenomena yang bersifat *universal*. Hampir setiap organisasi menghadapi masalah

antrean disuatu bagian dalam pengoperasiannya (Lovelock & Wright, 2005). Adapun hal-hal yang harus diperhatikan:

(1). Sifat antrean

Suatu barisan yang menunggu yang dikenal para peneliti operasi (dan juga orang Inggris). Sebagai antrean terjadi Setiap kali jumlah orang yang datang ke suatu fasilitas melampaui kapasitas sistem untuk memproses mereka. Dalam pengertian yang sesungguhnya, antrean pada dasarnya merupakan gejala masalah-masalah manajemen kapasitas yang tidak terpecahkan, yang kadang-kadang mencerminkan kebijakan yang disengaja dalam mengurangi biaya dan meningkatkan produktifitas tanpa mengindahkan kualitas pengalaman jasa pelanggan. Antrean adalah barisan orang, kendaraan, obyek fisik lainnya, atau hal-hal yang tidak berwujud lainnya yang menunggu giliran untuk dilayani atau bergerak ke depan.

(2). Elemen-elemen sistem antrean

Kita dapat membagi sistem antrean menjadi 7 (tujuh) elemen, sebagaimana terlihat di bawah ini (Lovelock & Wright, 2005, hal 336):

- a) Populasi pelanggan: yang merupakan asal muasal permintaan jasa (kadang-kadang dikenal para peneliti operasi jasa sebagai populasi pengguna jasa)
- b) Proses kedatangan: waktu dan jumlah permintaan jasa
- c) Penolakan: keputusan oleh pelanggan yang datang untuk tidak ikut dalam antrean
- d) Konfigurasi antrean: rancangan sistem dalam hal jumlah, lokasi, dan susunan antrean
- e) Peningkaran: keputusan dari pelanggan yang sudah ada dalam antrean untuk keluar bukannya menunggu lebih lama lagi.

- f) Kebijakan pemilihan pelanggan: kebijakan formal atau *ad hoc* tentang siapa saja yang harus dilayani berikutnya (juga dikenal sebagai disiplin antrean)
 - g) Proses Jasa: rancangan fisik sistem penyerahan jasa, peran yang diberikan kepada pelanggan dan petugas jasa, dan fleksibilitas untuk membeda bedakan kapasitas sistem.
- c. Meminimalkan persepsi tentang lamanya waktu menunggu

Manajer operasi seharusnya lebih tahu daripada sekedar melayani orang yang menunggu jasa seperti benda mati. Pelanggan memandang waktu dan upaya yang dihabiskan untuk mengkonsumsi jasa sebagai biaya. Orang tidak suka membuang-buang waktu untuk kegiatan yang tidak produktif, sama seperti mereka suka membuang-buang uang. Mereka juga lebih suka menghindari upaya mental atau fisik yang tidak diinginkan, termasuk kecemasan atau ketidaknyamanan, biaya-biaya yang tidak diinginkan karena menunggu akan mengurangi nilai suatu jasa dan mungkin akan disamakan dengan kualitas yang rendah. Penelitian menunjukkan bahwa orang sering berpikir mereka telah menunggu jasa lebih lama daripada yang sebenarnya mereka lakukan.

Filosofi terkenal William James mengamati, “Kebosanan berasal dari perhatian terhadap berjalannya waktu itu sendiri.” Berdasarkan pengamatan ini, Maister merumuskan 8 (delapan) prinsip tentang waktu tunggu. Dengan tambahan 2 (dua) prinsip lagi, kita mendapat sepuluh prinsip, yang dirangkum sebagai berikut:

- 1). Waktu kosong dirasakan lebih lama daripada waktu sibuk
- 2). Menunggu pra-proses dan menunggu pasca proses dirasakan lebih lama daripada menunggu dalam proses
- 3). Kecemasan membuat waktu tunggu tampak lebih lama
- 4). Menunggu dalam ketidakpastian adalah lebih lama daripada menunggu dalam kepastian dan kejelasan

- 5). Menunggu tanpa penjelasan adalah lebih lama daripada dengan penjelasan
- 6). Menunggu dalam ketidakadilan adalah lebih lama daripada menunggu dalam keadilan
- 7). Makin bernilai jasa tersebut, orang akan makin lama menunggu
- 8). Menunggu sendirian dirasakan lebih lama daripada menunggu dalam kelompok
- 9). Menunggu dalam ketidaknyamanan fisik dirasakan lebih lama daripada Menunggu dalam kenyamanan
- 10). Menunggu tampaknya lebih lama bagi orang yang baru atau kadang-kadang menggunakan sesuatu daripada orang yang sering menggunakannya.

d. Waktu Menunggu Pasien Preoperasi

Sebagai perawat ruang operasi hendaknya kita harus memperhatikan aspek keadilan (*fairness*) pada saat pasien berada pada tahap preoperatif. Pasien yang merasa bahwa mereka tidak diberlakukan secara adil, akan membuat sangat tidak nyaman. Pasien yang datang terakhir dan kemudian dilayani terlebih dahulu, akan membuat pasien menjadi kurang simpatik terhadap tenaga kesehatan. Ketika pasien sedang dalam keadaan menunggu giliran tindakan operasi maka perawat harus lebih peduli terhadap pasien.

Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat kita lakukan saat menunggu sesuatu yang menghabiskan waktu kita:

1). Membaca dzikir

Dengan membaca dzikir di dalam hati kita akan semakin ingat kepada Allah SWT dan mendapatkan pahala. Kurang berdzikir akan membuat kita menjadi orang yang fasik (lupa kepada Tuhan) yang bisa berujung kepada hal-hal yang buruk.

2). Menyediakan bacaan buku, majalah, dan koran

Kita bisa beli sesuatu yang bisa dibaca di sekitar kita atau mempersiapkan sebelum melakukan aktivitas tunggu-menunggu/

penghabisan waktu. Bacalah hal-hal yang bermanfaat untuk menambah wawasan kita atau bisa juga membaca bacaan yang menghibur untuk menghilangkan rasa bosan selama menunggu.

3). Menyediakan televisi atau poster kesehatan

Menyediakan televisi atau poster kesehatan yang dapat dilihat atau dibaca sehingga konsentrasi pasien dapat dialihkan. Memberikan penyuluhan kesehatan melalui slide proyektor tentang persiapan sebelum operasi dan pengenalan ruang operasi.

2. Konsep Kecemasan

Kecemasan adalah keadaan dimana individu atau kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini), dan aktivasi sistem saraf autonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas, nonspesifik (Carpenito, 2006). Kecemasan merupakan suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai dengan gejala fisiologis, yang dirasakan oleh pasien preoperatif (David, 2003). Menurut Attree dan Merchant (1996 dalam HIPKABI, 2009) mengemukakan cemas seringkali digunakan untuk menggambarkan reaksi emosional individu terhadap kejadian yang penuh stres seperti masuk rumah sakit. Istilah lain yang berhubungan dengan keadaan emosi, stres sukar untuk didefinisikan dan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Diimplikasikan sebagai suatu faktor kausatif baik dalam penyakit psikologis maupun fisik.

Pengalaman masuk rumah sakit dan memungkinkan operasi akan berbeda untuk tiap individu tetapi adalah mungkin untuk mendiskusikan faktor fisik dan psikologis turut berperan terhadap terjadinya kecemasan, dan efek-efek ini dapat mengalami kemajuan dan pemulihan. Banyak pasien merasa tidak dapat mengekspresikan ketakutannya, meskipun demikian penting untuk mengenali tanda-tanda lain dari kecemasan.

Rasa cemas yang sering dijumpai pada pasien yang akan menjalani operasi adalah cemas berhubungan dengan pembiusan yaitu: cemas bila

tidak dapat bangun lagi, dan rasa sakit postoperasi. Sebagaimana diketahui bahwa pikiran yang bermasalah secara langsung mempengaruhi fungsi tubuh, karena itu pentingnya arti untuk mengidentifikasi kecemasan yang dialami pasien (Bruner & Sudarth, 2002).

a. Fisiologi dan Biologi Kecemasan

Kajian tentang anak kembar menunjukkan bahwa ada komponen genetik untuk keadaan kecemasan hebat yang disertai kepanikan. Namun kepanikan jenis orang dewasa tidak terjadi sebelum usia 12 tahun. Menurut Barlow (1988, dalam Pearce, 2002) mengemukakan terdapat pula sejumlah bukti bahwa sifat temperamen yang biasanya digambarkan sensitif, emosional atau lekas gugup juga berada dibawah pengaruh genetik.

Kebanyakan riset mengenai fisiologi kecemasan telah dijalankan pada orang dewasa, tetapi tidak ada bukti yang mengemukakan bahwa hasilnya akan sangat berbeda pada anak-anak. Menurut Lader (1980; Barlow, 1988, dalam Pearce, 2002) mengemukakan perbedaan regular telah ditemukan antara orang yang pencemas dan bukan pencemas, seperti diperlihatkan di bawah:

- 1) Tingkat kegairahan meningkat secara lebih konsisten pada orang cemas yang berlebihan, dan terjadi peningkatan serta fluktuasi yang tidak teratur pada: Denyut nadi, Tekanan Darah, Aliran darah, Sebagian fungsi otak, Ketegangan otot, Kegiatan usus besar, Keringat pada kulit, dan Kecepatan pernapasan.
- 2) Orang yang cemas membutuhkan waktu lebih lama untuk menyesuaikan diri dengan stres. Tingkat kegairahan mereka tetap tinggi untuk waktu yang lebih lama dari normal.
- 3) Penelitian terbaru memperlihatkan bahwa aliran darah ke bagian-bagian otak berkurang selama keadaan panik.
- 4) Keluaran kortikosteroid yang meningkat dari kelenjar adrenal terjadi sebagai akibat dari kegiatan dalam kelenjar hipofisis yang menghasilkan kortisol, tetapi ini merupakan respon nonspesifik

terhadap stres dan hanya terdapat sedikit perbedaan antara orang yang cemas dan orang yang normal.

- 5) Ada sejumlah perubahan spekulatif yang melibatkan reseptor otak dan kepekaan terhadap kadar karbon dioksida.

b. Etiologi Kecemasan

Andaners (2009) mengatakan etiologi dari rasa cemas dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) faktor, yaitu:

- 1) Faktor biologis atau fisiologis, berupa ancaman akan kekurangan makanan, minuman, perlindungan, dan keamanan.
- 2) Faktor psikososial, yaitu ancaman terhadap konsep diri, kehilangan orang atau benda yang dicintai, perubahan status sosial atau ekonomi.
- 3) Faktor perkembangan, yaitu ancaman pada masa bayi, anak, dan remaja.

Etiologi kecemasan dibedakan pula menjadi faktor predisposisi dan faktor presipitasi, yaitu:

1). Faktor Predisposisi

Menurut Asmadi (2008) mengemukakan berbagai faktor predisposisi yang dijelaskan ke dalam beberapa teori mengenai kecemasan. Teori tersebut yaitu:

a). Teori Psikoanalisis

Menurut pandangan psikoanalisis, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara 2 (dua) elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b). Teori Interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan saat berhubungan dengan orang lain. Kecemasan ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan dan perpisahan dengan orang yang dicintai. Penolakan terhadap eksistensi diri oleh orang lain atau masyarakat akan menyebabkan individu yang bersangkutan menjadi cemas. Namun, bila keberadaannya diterima oleh orang lain, maka ia akan merasa tenang dan tidak cemas. Kecemasan berkaitan dengan hubungan antara manusia.

c). Teori Perilaku

Kecemasan merupakan hasil frustrasi. Ketidakmampuan atau kegagalan dalam mencapai suatu tujuan yang diinginkan akan menimbulkan frustrasi atau keputusasaan. Keputusasaan inilah yang menyebabkan seseorang menjadi cemas.

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

a). Teori Psikoanalitik

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara 2 (dua) elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikembalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari 2 (dua) elemen yang bertentangan, dan mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b). Teori Interpersonal

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

spesifik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat.

c). Teori perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya.

d). Kajian Keluarga

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

e). Kajian Biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzo diazepindes. Reseptor ini, mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam *aminobutirik-gamma neroregulator* (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan, sebagaimana halnya endorfin. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi; terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2). Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2007) mengemukakan kecemasan sangat berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Pengalaman kecemasan seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan

hubungan interpersonal. Namun demikian secara umum faktor penyebab kecemasan dikategorikan menjadi 2 (dua), yaitu:

a). Faktor Eksternal

- (1). Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- (2). Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

b). Faktor Internal

Menurut Stuart, (2007) kemampuan individu dalam merespon terhadap kecemasan ditentukan oleh:

(1). Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi.

(2). Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

(3). Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

(4). Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kecemasan, disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik akan mudah mengalami kecemasan.

(5). Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu-buru waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedangkan orang dengan kepribadian B mempunyai ciri-ciri yang berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena tipe kepribadian B adalah orang yang penyabar, tenang, teliti, dan rutinitas.

(6). Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

(7). Usia

Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

(8). Jenis Kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami wanita daripada pria.

c. Tingkatan Kecemasan

Menurut Frued dalam Stuart (2007) ada 2 (dua) tipe kecemasan, yaitu:

1) Kecemasan primer

Kejadian traumatik yang diawali saat bayi akibat adanya stimulasi tiba-tiba dan trauma pada saat persalinan, kemudian berlanjut dengan kemungkinan tidak tercapainya rasa puas akibat kelaparan atau kehausan. Penyebab kecemasan primer adalah ketegangan atau dorongan yang diakibatkan oleh faktor internal

2) Kecemasan subsekunder

Sejalan dengan peningkatan ego dan usia, Frued melihat ada jenis kecemasan lain akibat konflik emosi diantara 2 (dua) elemen kepribadian yaitu: id dan superego. Frued menjelaskan bila terjadi kecemasan maka posisi ego sebagai pengembang id dan superego berada pada kondisi bahaya.

Cemas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kondisi dialami secara obyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Cemas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya.

Menurut Stuart (2007) ada 4 (empat) tingkat kecemasan yang dialami oleh individu, yaitu:

1) Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

2) Kecemasan sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan.

3) Kecemasan berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detail yang sangat kecil (spesifik) dan dapat berpikir tentang hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/ arahan untuk terfokus pada area lain.

4) Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.



Gambar 2.1. Rentang respon cemas (Stuart, 2007)

d. Pengukuran kecemasan berdasarkan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS)

Cara Penilaian Tingkat Kecemasan menggunakan kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K.Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II).

Kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) ini terdiri dari 20 pernyataan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sebagian waktu, 4= hampir setiap waktu). Terdapat lima belas pernyataan ke arah peningkatan kecemasan yaitu nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 dan 20. Sedangkan lima pernyataan ke arah penurunan kecemasan yaitu nomor 5, 9, 13, 17 dan 19 (Mcdowell, 2006 dalam Nursalam, 2016).

Adapun rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan sebagai berikut:

- 1) Skor 20-44 = Tidak Cemas
- 2) Skor 45-59 = Kecemasan Ringan
- 3) Skor 60-74 = Kecemasan Sedang
- 4) Skor 75-80 = Kecemasan Berat

Penyataan dalam kuesioner ini dengan pilihlah jawaban yang paling menggambarkan seberapa sering seseorang merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan dibawah ini:

- 1) Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya.
- 2) Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas
- 3) Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur
- 4) Saya mudah marah, tersinggung atau panik
- 5) Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi
- 6) Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar
- 7) Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot

- 8) Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah
- 9) Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang
- 10) Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat
- 11) Saya sering mengalami pusing
- 12) Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan
- 13) Saya mudah sesak napas tersengal-sengal
- 14) Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya
- 15) Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan
- 16) Saya sering kencing daripada biasanya
- 17) Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat
- 18) Wajah saya terasa panas dan kemerahan
- 19) Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam
- 20) Saya mengalami mimpi-mimpi buruk

3. Konsep Keperawatan Pre Operatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman operasi pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup 3 (tiga) fase pengalaman operasi, yaitu: preoperatif, intraoperasi, dan postoperasi. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman operasi dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan. *Association of Operating Room Nurses* (AORN, 1995, dalam HIPKABI, 2009) mengemukakan tujuan praktik keperawatan perioperatif adalah membantu pasien, keluarga, dan orang penting untuk mencapai tingkat sehat sama atau lebih tinggi dari sebelum sakit/ tindakan operasi.

Di dalam ruang operasi, jumlah kelompok perawat bisa mencapai enam orang yang semuanya memiliki keterampilan spesialis, dan mereka

terlibat dalam perawatan pasien sejak pasien masuk ruang operasi untuk dilakukan operasi dan sampai pasien kembali ke ruangan, hingga pasien pulih dari efek dini operasi. Peran perawat sebagai advokat pasien sangat penting selama waktu tersebut disebut sebagai periode *perioperative* (HIPKABI, 2009).

Dalam periode waktu ini, terdapat tahapan-tahapan yang berbeda-beda yang dapat dihubungkan dengan berbagai prioritas kebutuhan perawatan. Perawat menyadari bahwa banyak kebutuhan pasien dan tindakan keperawatan dalam periode perioperatif dapat diklasifikasikan yaitu kebutuhan keamanan, mempertahankan jalan napas, kontrol nyeri, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta mengurangi *ansietas*. Perawat menggunakan pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi ketika merawat pasien yang sesungguhnya selama perioperatif (HIPKABI, 2009).

Fase preoperatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi operasi dan diakhiri ketika pasien dikirim ke ruang operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi dalam operasi. Kemampuan menciptakan hubungan dan mempertahankan hubungan profesional merupakan komponen yang sangat penting dalam fase ini. Perawat harus melakukan dengan cepat, mudah, dan efektif (HIPKABI, 2009).

Keperawatan preoperatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Tahap ini merupakan awal menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Keperawatan preoperatif dalam penanganan bedah jantung diperlukan tindakan pengkajian yang cukup. Bedah jantung adalah usaha atau operasi yang dikerjakan untuk melakukan koreksi kelainan anatomi atau fungsi jantung.

Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik, biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi (HIPKABI, 2009). Adapun kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien di fase preoperatif, meliputi:

a. Persiapan Fisik

Persiapan fisik pre operasi yang dialami oleh pasien dibagi dalam 2 tahapan, yaitu persiapan di unit perawatan dan persiapan di ruang operasi. Berbagai persiapan yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum operasi antara lain (HIPKABI, 2009):

1). Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan secara umum, meliputi identitas pasien, riwayat penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, fungsi imunologi, dan lain-lain. Selain itu pasien harus istirahat yang cukup, karena dengan istirahat dan tidur yang cukup pasien tidak akan mengalami stres fisik, tubuh lebih rileks sehingga bagi pasien yang memiliki riwayat hipertensi, tekanan darahnya dapat stabil dan bagi pasien wanita tidak akan memicu terjadinya haid lebih awal.

2). Status Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ditentukan dengan mengukur tinggi badan dan berat badan, lipat kulit trisep, lingkaran lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin) dan keseimbangan nitrogen. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Kondisi gizi buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca operasi dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama dirawat di rumah sakit. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah infeksi pasca operasi, dehidrasi

(terlepasnya jahitan sehingga luka tidak bisa menyatu), demam dan penyembuhan luka yang lama. Pada kondisi yang serius pasien dapat mengalami sepsis yang bisa mengakibatkan kematian.

3). Keseimbangan cairan dan elektrolit

Balance cairan perlu diperhatikan dalam kaitannya dengan input dan output cairan. Demikian juga kadar elektrolit serum harus berada dalam rentang normal. Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolit obat-obatan anastesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan baik. Namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri/anuria, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal. Kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

4). Kebersihan lambung dan kolon

Lambung dan kolon harus di bersihkan terlebih dahulu. Intervensi keperawatan yang bisa diberikan diantaranya adalah pasien dipuasakan dan dilakukan tindakan pengosongan lambung dan kolon dengan tindakan enema/lavement. Lamanya puasa berkisar antara 7 sampai 8 jam (biasanya puasa dilakukan mulai pukul 24.00 WIB). Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi (masuknya cairan lambung ke paru-paru) dan menghindari kontaminasi feses ke area pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan.

5). Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu/menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka. Meskipun demikian ada beberapa kondisi tertentu yang tidak memerlukan pencukuran

sebelum operasi, misalnya pada pasien luka insisi pada lengan. Tindakan pencukuran (scheren) harus dilakukan dengan hati-hati jangan sampai menimbulkan luka pada daerah yang dicukur. Sering kali pasien di berikan kesempatan untuk mencukur sendiri agar pasien merasa lebih nyaman.

Daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi. Biasanya daerah sekitar alat kelamin (pubis) dilakukan pencukuran jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha. Misalnya: apendiktomi, herniotomi, uretrolithiasis, operasi pemasangan plate pada fraktur femur, hemoroidektomi. Selain terkait daerah pembedahan, pencukuran pada lengan juga dilakukan pada pemasangan infus sebelum pembedahan.

6). Personal Hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi. Pada pasien yang kondisi fisiknya kuat diajarkan untuk mandi sendiri dan membersihkan daerah operasi dengan lebih seksama. Sebaliknya jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri maka perawat akan memberikan bantuan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

7). Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengongan isi bladder tindakan kateterisasi juga diperluka untuk mengobservasi balance cairan.

8). Latihan Pra Operasi

Berbagai latihan sangat diperlukan pada pasien sebelum operasi, hal ini sangat penting sebagai persiapan pasien dalam menghadapi kondisi pasca operasi, seperti: nyeri daerah operasi,

batuk dan banyak lendir pada tenggorokan. Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain :

- a). Latihan Nafas Dalam
- b). Latihan Batuk Efektif
- c). Latihan Gerak Sendi

b. Pengkajian Faktor Risiko Terhadap Pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain (HIPKABI, 2009):

1). Usia

Pasien dengan usia yang terlalu muda (bayi/anak-anak) dan usia lanjut mempunyai resiko lebih besar. Hal ini diakibatkan cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun . sedangkan pada bayi dan anak-anak disebabkan oleh karena belum matur-nya semua fungsi organ.

2). Nutrisi

Kondisi malnutrisi dan obesitas/kegemukan lebih beresiko terhadap pembedahan dibandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada orang malnutrisi maka orang tersebut mengalami defisiensi nutrisi yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka. Nutrisi-nutrisi tersebut antara lain adalah protein, kalori, air, vitamin C, vitamin B kompleks, vitamin A, Vitamin K, zat besi dan seng (diperlukan untuk sintesis protein).

3). Penyakit Kronis

Pada pasien yang menderita penyakit kardiovaskuler, diabetes, PPOM, dan insufisiensi ginjal menjadi lebih sukar terkait dengan pemakian energi kalori untuk penyembuhan primer. Dan juga pada penyakit ini banyak masalah sistemik yang mengganggu sehingga komplikasi pembedahan sangat tinggi.

4). Ketidaksempurnaan respon neuroendokrin

Pada pasien yang mengalami gangguan fungsi endokrin, seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol, bahaya utama yang

mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan adalah terjadinya hipoglikemia yang mungkin terjadi selama pembiusan akibat agen anastesi. Atau juga akibat masukan karbohidrat yang tidak adekuat pasca operasi atau pemberian insulin yang berlebihan. Bahaya lain yang mengancam adalah asidosis atau glukosuria. Pasien yang mendapat terapi kortikosteroid beresiko mengalami insufisiensi adrenal. Penggunaan kortikosteroid harus sepengetahuan dokter anastesi dan dokter bedahnya.

5). Merokok

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler, terutama terjadi arterosklerosis pembuluh darah, yang akan meningkatkan tekanan darah sistemiknya.

6). Alkohol dan obat-obatan

Individu dengan riwayat alkoholik kronik seringkali menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik, seperti gangguan ginjal dan hepar yang akan meningkatkan resiko pembedahan. Pada kasus kecelakaan lalu lintas yang seringkali dialami oleh pemabuk. Maka sebelum dilakukan operasi darurat perlu dilakukan pengosongan lambung untuk menghindari aspirasi dengan pemasangan NGT.

c. Persiapan Penunjang

Persiapan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Tanpa adanya hasil pemeriksaan penunjang, maka dokter bedah tidak mungkin bisa menentukan tindakan operasi yang harus dilakukan pada pasien. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium maupun pemeriksaan lain seperti ECG, dan lain-lain.

d. Persiapan Mental/Psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya.

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Barbara C. Long dalam HIPKABI, 2009). Contoh perubahan fisiologis yang muncul akibat kecemasan/ketakutan antara lain:

- 1). Pasien dengan riwayat hipertensi jika mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa dibatalkan.
- 2). Pasien wanita yang terlalu cemas menghadapi operasi dapat mengalami menstruasi lebih cepat dari biasanya, sehingga operasi terpaksa harus ditunda.

Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain:

- 1). Takut nyeri setelah pembedahan
- 2). Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (body image)
- 3). Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti)
- 4). Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.
- 5). Takut/ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas.
- 6). Takut mati saat dibius/tidak sadar lagi.
- 7). Takut operasi gagal.

Ketakutan dan kecemasan yang mungkin dialami pasien dapat dideteksi dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti: meningkatnya frekuensi nadi dan pernafasan, gerakan-gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menayakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, sering berkemih. Perawat perlu mengkaji mekanisme coping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres. Disamping itu perawat perlu mengkaji hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi

masalah ketakutan dan kecemasan ini, seperti adanya orang terdekat, tingkat perkembangan pasien, faktor pendukung/support system. Untuk mengurangi dan mengatasi kecemasan pasien, perawat dapat menanyakan hal-hal yang terkait dengan persiapan operasi, antara lain:

- 1). Pengalaman operasi sebelumnya
Pengertian pasien tentang tujuan/alasan tindakan operasi
- 2). Pengetahuan pasien tentang persiapan operasi baik fisik maupun penunjang.
- 3). Pengetahuan pasien tentang situasi/kondisi kamar operasi dan petugas kamar operasi.
- 4). Pengetahuan pasien tentang prosedur (pre, intra, post operasi)
- 5). Pengetahuan tentang latihan-latihan yang harus dilakukan sebelum operasi dan harus dijalankan setelah operasi, seperti: latihan nafas dalam, batuk efektif, ROM.

Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga dan perawat. Kehadiran dan keterlibatan keluarga sangat mendukung persiapan mental pasien. Keluarga hanya perlu mendampingi pasien sebelum operasi, memberikan doa dan dukungan pasien dengan kata-kata yang menenangkan hati pasien dan meneguhkan keputusan pasien untuk menjalani operasi.

Peranan perawat dalam memberikan dukungan mental dapat dilakukan dengan berbagai cara:

- 1). Membantu pasien mengetahui tentang tindakan-tindakan yang dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pada pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi. Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi, meskipun demikian ada keluarga yang tidak menghendaki pasien mengetahui tentang berbagai hal yang terkait dengan operasi yang akan dialami pasien.

- 2). Memberikan penjelasan terlebih dahulu sebelum setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan. Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas. Misalnya: jika pasien harus puasa, perawat akan menjelaskan kapan mulai puasa dan samapai kapan, manfaatnya untuk apa, dan jika diambil darahnya, pasien perlu diberikan penjelasan tujuan dari pemeriksaan darah yang dilakukan. Diharapkan dengan pemberian informasi yang lengkap, kecemasan yang dialami oleh pasien akan dapat diturunkan dan mempersiapkan mental pasien dengan baik
- 3). Memberi kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada. Dan memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien di antar ke kamar operasi.
- 4). Mengoreksi pengertian yang saah tentang tindakan pembedahan dan hal-hal lain karena pengertian yang salah akan menimbulkan kecemasan pada pasien.
- 5). Kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat pre medikasi, seperti valium dan diazepam tablet sebelum pasien tidur untuk menurunkan kecemasan dan pasien dapat tidur sehingga kebutuhan istirahatnya terpenuhi.
- 6). Pada saat pasien telah berada di ruang serah terima pasien di kamar operasi, petugas kesehatan di situ akan memperkenalkan diri sehingga membuat pasien merasa lebih tenang. Untuk memberikan ketenangan pada pasien, keluarga juga diberikan kesempatan untuk mengantar pasien sampai ke batas kamar operasi dan diperkenankan untuk menunggu di ruang tunggu yang terletak di depan kamar operasi (HIPKABI, 2009).

4. Konsep Teori Keperawatan Peplau Hubungan Interpersonal

a. Pengertian

Keperawatan didefinisikan oleh Peplau sebagai sebuah proses yang signifikan, bersifat terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan merupakan instrumen edukatif, kekuatan yang mendewasakan dan mendorong kepribadian seseorang dalam arah yang kreatif, konstruktif, produktif, personal, dan kehidupan komunitas. Profesi keperawatan memiliki tanggung jawab legal didalam pemanfaatan keperawatan secara efektif berikut segala konsekuensinya bagi pasien. Perawat merespon kebutuhan pasien akan bantuan melalui proses interpersonal. Proses interpersonal merupakan hubungan humanistik antara individu yang sakit, atau memerlukan layanan kesehatan, dan perawat didalam mengenali dan merespon kebutuhan pasien. Konsep utama dalam proses interpersonal ini adalah perawat, pasien, hubungan terapeutik, tujuan, kebutuhan manusia, kecemasan, ketegangan, dan frustrasi (Peplau 1952 dalam Wolf, 2006).

Individu didefinisikan menurut Peplau adalah organisme yang mempunyai kemampuan untuk berusaha mengurangi ketegangan yang ditimbulkan oleh kebutuhan. Berdasarkan penjelasan ini, Peplau mendefinisikan individu sebagai manusia sebab manusia adalah sebuah organisme yang hidup dalam ekulibrium yang tidak stabil.

Peplau mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah simbol yang menyatakan secara tidak langsung perkembangan progresif dari kepribadian dan proses kemanusiaan yang terus menerus mengarah pada keadaan kreatif, konstruktif, produktif didalam kehidupan pribadi ataupun komunitas.

Meskipun peplau tidak secara langsung menyebutkan lingkungan sebagai salah satu konsep utama dalam keperawatan, ia mendorong perawat untuk memerhatikan kebudayaan dan adat istiadat pasien saat pasien harus membiasakan diri dengan rutinitas rumah

sakit. Menurut Peplau, lingkungan merupakan kekuatan yang berada di luar organisme dan berada dalam konteks cultural Peplau.

b. Teori Interpersonal

Teori Hildegard Peplau (1952 dalam Wolf, 2006) berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasikan hubungan antara perawat dan pasien. Menurut konsep model ini, dalam jiwa seseorang bisa muncul ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan. Kecemasan timbul dan alami seseorang akibat adanya konflik saat berhubungan dengan orang lain (interpersonal). Menurut konsep ini perasaan takut seseorang didasari adanya ketakutan ditolak atau tidak diterima oleh orang sekitarnya .

Berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik pasien dan keluarga dan untuk membantu pasien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu perawat berupaya mengembangkan hubungan antara perawat dan pasien dimana perawat bertugas sebagai sumber daya manusia, narasumber, konseler atau konsultan, dan wali/wakil bagian pasien (Peplau 1952 dalam Wolf, 2006).

Pada saat pasien mencari bantuan, pertama perawat mendiskusikan masalah dan menjelaskan jenis pelayanan yang tersedia. Ketika pasien mencari pertolongan di sarana kesehatan, langkah pertama perawat dan pasien membahas pokok masalah dan perawat menjelaskan fasilitas yang ada. Dengan berkembangnya hubungan antara perawat dan pasien, perawat dan pasien bersama-sama mendefinisikan masalah dan kemungkinan penyelesaian masalahnya. Dari hubungan ini pasien mendapatkan keuntungan dengan memanfaatkan sarana pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu pasien dalam hal menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya.

Teori Peplau merupakan teori yang unik dimana hubungan kolaborasi perawat dan pasien membentuk suatu kekuatan mendewasakan atau dorongan pertumbuhan melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Ketika kebutuhan dasar telah diatasi kebutuhan yang baru mungkin muncul. Hubungan interpersonal perawat dan pasien di gambarkan sebagai fase-fase yang saling tumpang tindih meliputi orientasi, indentifikasi, penjelasan, dan resolusi.

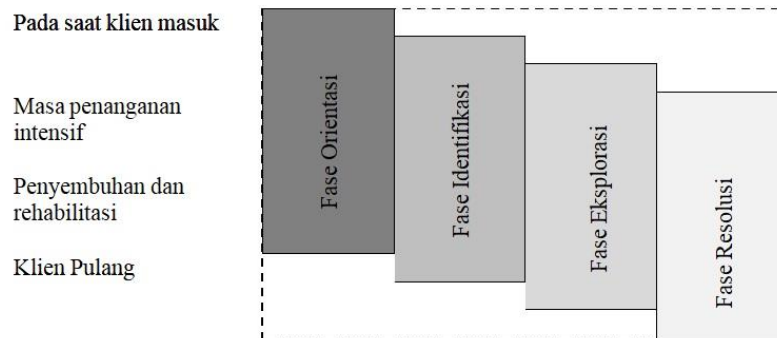
c. Permasalahan Yang Mengakibatkan Gangguan Interpersonal

Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau ini menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup proses interpersonal, perawat dan pasien serta masalah kecemasan yang terjadi akibat sakit. Kecemasan berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang ansietas terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologik dan biologic individu. Teori dan gagasan peplau dikembangkan untuk memberikan bentuk praktik keperawatan psikiatri (Peplau 1952 dalam Wolf, 2006).

Penelitian keperawatan tentang kecemasan, empati, instrumen perilaku, dan instrumen untuk mengevaluasi respons verbal dihasilkan dari model konseptual Peplau Dalam permasalahan interpersonal, seorang individu akan menampilkan perilaku, diantaranya individu merasa terasingi, merasakan kecemasan yang berlebihan, senang menyendiri dan enggan untuk membicarakan permasalahan yang dialaminya.

Peplau mengembangkan modelnya dengan memerinci konsep struktural dari proses antarpersonal disinilah letak fase hubungan perawat dan pasien. Keempat fase tersebut saling berkaitan dan

diperlukan peran yang berbeda sesuai dengan kebutuhan pasien. Keempat fase tersebut, digambarkan dalam bagan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Kerangka Teori Hubungan Interpersonal
Sumber: Peplau 1952 (dalam Wolf, 2006)

1). Fase Orientasi

Fase ini, perawat dan pasien bertindak sebagai dua individu yang belum saling mengenal. Selama fase orientasi, pasien merupakan seseorang yang memerlukan bantuan profesional dan perawat berperan membantu pasien mengenali dan memahami masalahnya serta menentukan apa yang pasien perlukan saat itu. Jadi, fase orientasi ini merupakan fase untuk menentukan adanya masalah, dimana perawat dan pasien melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan terjadi proses pengumpulan data.

Fase orientasi dipengaruhi langsung oleh sikap perawat dan pasien dalam memberi atau menerima pertolongan. Selain itu fase ini juga dipengaruhi oleh ras, budaya, agama, pengalaman, latar belakang, dan harapan pasien maupun perawat. Akhir dari fase ini adalah perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi adanya masalah serta menumbuhkan rasa saling percaya sehingga keduanya siap untuk melangkah ke fase berikutnya.

2). Fase Identifikasi

Pada fase ini pasien memberikan respon atau mengidentifikasi persoalan yang ia hadap bersama orang yang dianggap memahami masalahnya. Respon setiap pasien berbeda satu sama lain. Disini perawat melakukan eksplorasi perasaan dan membantu pasien menghadapi penyakit yang ia rasakan sebagai sebuah pengalaman yang mengorientasi ulang perasaannya dan menguatkan kekuatan positif pada pribadi pasien serta memberi kepuasan yang diperlukan.

Fase identifikasi peran perawat apakah sudah melakukan atau tindakan sebagai fasilitator yang memfasilitasi ekspresi perasaan pasien serta melaksanakan asuhan keperawatan. Selama fase identifikasi pasien diharapkan mulai memiliki perasaan terlibat dan mulai memiliki kemampuan untuk mengatasi masalahnya dengan mengurangi perasaan tidak berdaya dan putus asa. Upaya ini akan menumbuhkan sikap positif pada diri pasien guna melaju ke fase selanjutnya. Jadi, fase identifikasi merupakan fase penentu bantuan apa yang diperlukan oleh pasien.

3). Fase Eksplorasi

Pada fase ini, perawat memberi layanan keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien. Disini, masing-masing pihak mulai merasa menjadi bagian integral dari proses interpersonal. Selama fase eksplorasi, pasien mengambil secara penuh nilai yang ditawarkan kepadanya melalui sebuah hubungan.

Prinsip tindakan pada fase ini adalah eksplorasi atau menggali, memahami keadaan pasien dan mencegah meluasnya masalah. Perawat mendorong pasien untuk menggali dan mengungkapkan, perasaan, emosi, pikiran, serta sikapnya tanpa paksaan dan mempertahankan suasana terapeutik yang mendukung.

Fase eksplorasi dimana perawat telah membantu pasien dalam membereikan gambaran kondisi pasien. Pada fase ini

perawat juga dituntut untuk menguasai keterampilan berkomunikasi secara terapeutik. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa fase eksplorasi merupakan fase pemberian bantuan pada pasien sebagai langkah pemecahan masalah. Jika fase ini berhasil, proses interpersonal akan berlanjut ke fase resolusi.

4). Fase Resolusi

Pada fase resolusi, tujuan bersama antara perawat dan pasien sudah sampai pada tahap akhir dan keduanya siap mengakhiri hubungan terapeutik yang selama ini terjalin. Fase resolusi terkadang menjadi fase yang sulit bagi kedua belah pihak sebab disini dapat terjadi peningkatan kecemasan dan ketegangan jika ada hal-hal yang belum terselesaikan pada masing-masing fase. Indikator keberhasilan untuk fase ini adalah jika pasien sudah mampu mandiri dan lepas dari bantuan perawat.

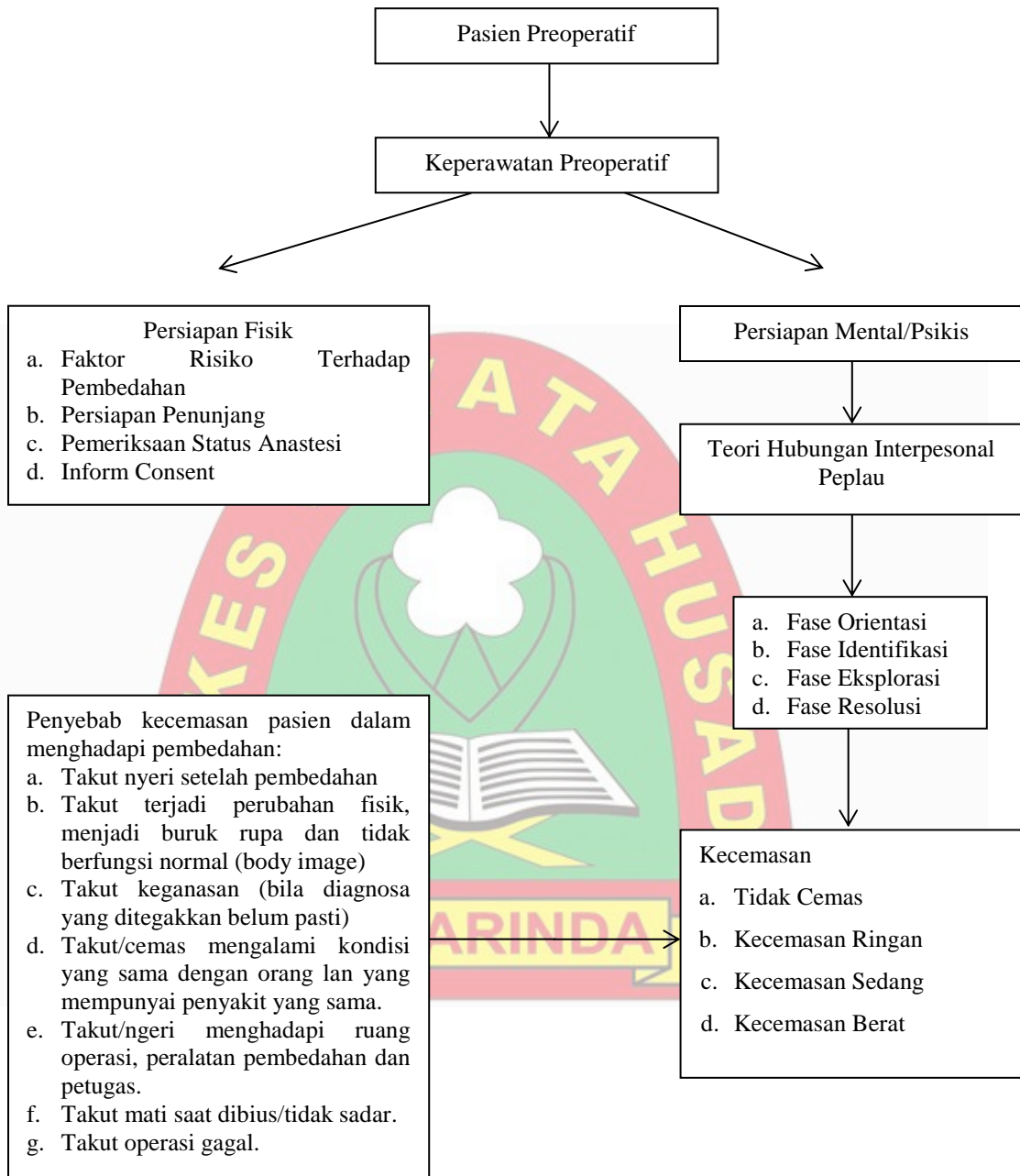
d. Sumber Kesulitan Pasien

Peplau menjelaskan empat pengalaman psikobiologikal yang menjadi sumber kesulitan pasien, antara lain:

- 1). Kebutuhan (*need*)
- 2). Frustrasi (*frustration*)
- 3). Konflik (*conflict*)
- 4). Kecemasan atau ansietas (*anxiety*)

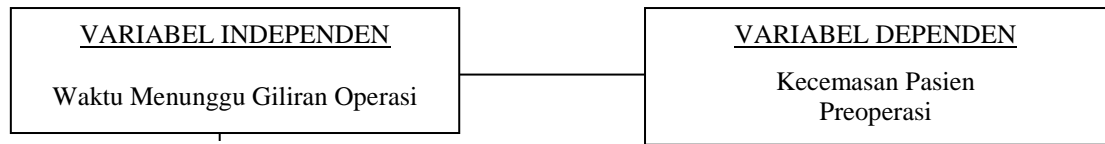
Kecemasan berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang. Kecemasan terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologik dan biologi individu. Berdasarkan model Peplau, kecemasan merupakan konsep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit. Seseorang yang dalam keadaan sakit biasanya memiliki tingkat ansietas yang meningkat. Oleh karena itu perawat pada saat ini harus mengkaji tingkat ansietas pasien. Berkurangnya kecemasan menunjukkan kondisi pasien semakin membaik (Peplau 1952 dalam Wolf, 2006).

B. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.2. Kerangka Teori Penelitian (Modifikasi dari sumber: PP HIPKABI, 2009; Peplau 1952 dalam Wolf, 2006; Mcdowell, 2006 dalam Nursalam, 2016)

C. Kerangka Konsep Penelitian



SPO penerimaan pasien di ruang preoperasi RSUD Kudungga Sangatta (waktu 30 menit)

Keterangan: — area diteliti - - - - - area tidak diteliti

Gambar 2.3. Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah sebuah pernyataan sederhana mengenai perkiraan hubungan antara variabel-variabel yang sedang dipelajari (Dempsey, 2002). Adapun hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Hipotesis alternatif (H_a): Ada hubungan yang bermakna antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta.
2. Hipotesis nol (H_0): Tidak ada hubungan yang bermakna antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian dan merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2016).

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat (Nursalam, 2016). Dengan rancangan ini, akan diperoleh hubungan antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan individu atau objek yang diteliti yang memiliki beberapa karakteristik yang sama. Populasi yaitu wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Dahlan, 2017).

Adapun populasi penelitian ini adalah pasien preoperasi dengan jumlah populasi sebesar 127 orang berdasarkan data rata-rata kunjungan pasien tahun 2017 di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Dahlan, 2017). Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *nonprobability sampling* dengan teknik *sampling* yang digunakan *accidental sampling* yaitu siapa saja yang kebetulan (*accidental*) bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang orang tersebut cocok sebagai sumber data. Besarnya sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus besaran sampel analitik kategorik menurut Dahlan (2017), sebagai berikut:

$$n = \frac{z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

dengan nilai yang ditetapkan, yaitu:

Nilai α = kesalahan generalisasi sebesar 5% (0,05)

Nilai z = pada α (0,05) sebesar 1,96

Nilai P = prevalensi pasien preoperatif sebesar 8% (0,08)
(rata-rata 127 dari populasi 1.520 orang)

Nilai $Q = 1 - P = 1 - 0,08 = 0,92$

Nilai d = kesalahan prediktif penelitian sebesar 5% (0,05)

maka besaran sampel penelitian yang ditetapkan sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,08 \times 0,92}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{0,28}{0,0025} = 112$$

Jadi besarnya sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 112 responden.

Peneliti juga menentukan kriteria sampel yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1). Pasien preoperasi yang dilakukan tindakan operasi berjadwal
- 2). Pasien dengan riwayat operasi pertama kali
- 3). Pasien umur 18 tahun keatas
- 4). Pasien bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

- 1). Pasien preoperatif segera (*cyto*) seperti operasi *sectio caesarea*.
- 2). Pasien preoperatif dengan gangguan sistem neurologi.

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk mempelajari variasi tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010). Operasionalisasi variabel diperlukan untuk menjelaskan konsep variabel, indikator, serta skala dari variabel yang terkait dalam penelitian, yaitu:

1. Variabel Independen (X)

Variabel Independen disebut sebagai variabel bebas. Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini variabel bebas yang akan diteliti adalah variabel waktu menunggu giliran operasi.

2. Variabel Dependen (Y)

Variabel dependen disebut variabel terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini variabel yang berkaitan dengan masalah yang akan diteliti adalah kecemasan.

D. Definisi Operasional

Penelitian ini menggunakan dua variabel penelitian. Agar variabel dapat diukur dengan menggunakan instrumen atau alat ukur, maka variabel harus diberi batasan atau definisi yang operasional. Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2002). Adapun definisi operasional dari penelitian ini akan penulis jabarkan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen				
Waktu menunggu giliran operasi	Waktu yang diperlukan pasien dalam menunggu giliran operasi (dalam satuan menit), dihitung sejak pasien masuk ruang preoperatif sampai dengan adanya informasi dari petugas operasi bahwa pasien sudah boleh masuk ke kamar intraoperasi.	Lembar observasi dengan menggunakan alat hitung waktu <i>stopwatch</i>	1. Tidak lama, waktu ≤ 30 menit 2. Lama, waktu > 30 menit (SPO IBS RSUD Kudungga Sangatta, 2017)	Nominal
Dependen				
Kecemasan	Respon emosi pasien dalam bentuk rasa cemas pada saat sedang menunggu giliran operasi, yang diukur selama 5 menit setelah waktu menunggu di hitung.	Kuesioner Kecemasan berdasarkan <i>Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)</i> dengan 20 item pernyataan	1. Tidak Cemas (Jika total skor 20-44) 2. Kecemasan Ringan (Jika total skor 45-59) 3. Kecemasan Sedang (Jika total skor 60-74) 4. Kecemasan Berat (Jika total skor 75-80) (Mcdowell, 2006 dalam Nursalam, 2016)	Ordinal

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini mengambil tempat di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta, khususnya di ruang preoperatif. Adapun alasan peneliti melakukan penelitian di tempat tersebut adalah karena merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah daerah di Kabupaten kutai Timur dengan data kunjungan operasi terbanyak, memiliki fasilitas peralatan kesehatan yang lengkap, dan merupakan tempat peneliti berkerja. Selain itu RSUD Kudungga Sangatta juga telah terakreditasi.

Waktu penelitian ini akan dilaksanakan selama 4 bulan yaitu bulan Januari sampai April 2018 yang terdiri dari waktu persiapan penelitian, waktu pelaksanaan dan waktu penyusunan laporan penelitian.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik. (Arikunto, 2010). Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar observasi waktu menunggu giliran operasi yang disertai dengan alat pengukur waktu berupa stopwatch. Sedangkan instrumen untuk mengukur variabel kecemasan berupa kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)* ini terdiri dari 20 pernyataan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sebagian waktu, 4= hampir setiap waktu). Terdapat lima belas pernyataan ke arah peningkatan kecemasan yaitu nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 dan 20. Sedangkan lima pernyataan ke arah penurunan kecemasan yaitu nomor 5, 9, 13, 17 dan 19 (Mcdowell, 2006 dalam Nursalam, 2016). Adapun rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan sebagai berikut:

- 5) Skor 20-44 = Tidak Cemas
- 6) Skor 45-59 = Kecemasan Ringan
- 7) Skor 60-74 = Kecemasan Sedang
- 8) Skor 75-80 = Kecemasan Berat

Penyataan dalam kuesioner ini dengan pilihlah jawaban yang paling menggambarkan seberapa sering seseorang merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan dibawah ini:

- 21) Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya.
- 22) Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.
- 23) Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur.
- 24) Saya mudah marah, tersinggung atau panik.
- 25) Saya merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi.
- 26) Kedua tangan dan kaki saya gemetar.
- 27) Saya terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot.
- 28) Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah.
- 29) Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang.
- 30) Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat.
- 31) Saya mengalami pusing.
- 32) Saya mudah mengalami pingsan atau merasa seperti pingsan.
- 33) Saya merasa sesak napas tersengal-sengal.
- 34) Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya.
- 35) Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan.
- 36) Saya kencing daripada biasanya.
- 37) Saya merasa tangan saya dingin dan basah oleh keringat.
- 38) Wajah saya terasa panas dan kemerahan.
- 39) Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam.
- 40) Saya mengalami mimpi buruk.

Peneliti juga menjabarkan tentang uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen penelitian yang digunakan, sebagai berikut:

1. Uji Validitas

Suatu instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkap data variabel yang diteliti secara tepat. Uji Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010).

Pada variabel independen waktu menunggu giliran operasi menggunakan lembar observasi sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas, namun alat ukur waktu berupa *stopwatch* akan digunakan *stopwatch* yang baru dibeli sehingga alat tersebut dalam kondisi yang baik. Sementara pada variabel dependen kecemasan pasien dengan menggunakan kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) yang sudah baku dan diambil dalam buku Nursalam (2016) sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2016). Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten, bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Reliabilitas dapat menunjukkan pada suatu pengertian bahwa suatu instrumen untuk bisa dipercaya sebagai alat pengumpul data.

Pada variabel independen waktu menunggu giliran operasi hanya melakukan observasi sehingga tidak perlu dilakukan uji reliabilitas. Sementara pada variabel dependen kecemasan pasien dengan menggunakan *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (SAS/SRAS) yang sudah baku sehingga tidak perlu dilakukan uji reliabilitas.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Data adalah komponen terpenting sebagai penentu terhadap berhasil atau tidaknya suatu penelitian. Oleh sebab itu teknik pengumpulan data harus dilakukan dengan teliti dan secermat mungkin. Data yang diperlukan dalam penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan teknik observasi dan kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya dengan prosedur sebagai berikut:

1. Pasien diberi penjelasan tentang tujuan, manfaat, waktu, dan teknis pelaksanaan penelitian. Penjelasan tersebut dilakukan di ruang rawat inap

sehari sebelum dilakukan tindakan operasi. Apabila pasien bersedia untuk menjadi responden penelitian, kemudian dipersilahkan mengisi lembar persetujuan menjadi responden.

2. Mengobservasi waktu menunggu giliran operasi responden di ruang preoperatif dengan menggunakan alat ukur *stopwatch*. Adapun waktu observasi telah ditentukan oleh peneliti yaitu sejak pasien masuk di ruang preoperatif sampai dengan adanya informasi dari petugas operasi bahwa pasien urutan sebelumnya telah selesai menjalani operasi pada tiap-tiap kamar intraoperatif.
3. Membagikan lembar kuesioner dan mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner dengan pilihan jawaban yang telah ditentukan dalam waktu kurang lebih 5 menit sebelum pasien masuk dalam tahap intraoperatif.
4. Setelah kuesioner selesai diisi, kemudian dikumpulkan oleh peneliti.

Dalam pengumpulan data digunakan kuesioner penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga menghasilkan data yang mudah diolah. Langkah-langkah pengolahan data yang berasal dari kuesioner ini terdiri dari:

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner, apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

2. *Coding*

Yaitu memberikan kode jawaban secara angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana.

3. *Processing*

Yaitu memproses data dengan melakukan *entry* data kuesioner ke dalam program komputer.

4. *Cleaning*

Yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry*, apakah ada kesalahan atau tidak dan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis merupakan data yang sebenarnya.

H. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan dua tahap analisis yaitu analisis univariat dan bivariat sebagai berikut:

1. Analisa Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Hasil dianalisis secara deskriptif untuk masing-masing variabel kategorik berupa frekuensi dan persentase yang disajikan dalam tabel (Dahlan, 2017). Adapun perhitungan distribusi frekuensi dan persentase menggunakan rumus sebagai berikut:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P: Persentase yang dicari

f: frekuensi sampel/ responden untuk setiap pertanyaan

n: jumlah keseluruhan sampel/ responden

2. Analisa Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Berdasarkan jenis data yang menggunakan data kategorik, maka penelitian ini menggunakan uji statistik *Chi-Square* dimana ingin diketahui ada atau tidaknya hubungan yang bermakna antara variabel kategorik dengan kategorik (Dahlan, 2017). Secara statistik dengan menggunakan program komputer dan derajat kemaknaan 95%. Rumus uji *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Langkah-langkah uji yaitu:

- a. Tetapkan hipotesis penelitian menjadi Hipotesis Nol (H_0) dan Hipotesis Alternatif (H_a).
- b. Persyaratan uji *Chi-Square* yang harus terpenuhi yaitu sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari lima maksimal 20% dari jumlah sel (Dahlan, 2017).

- c. Mencari nilai *chi square* dengan rumus:

$$x^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

x^2 = statistik *chi square*

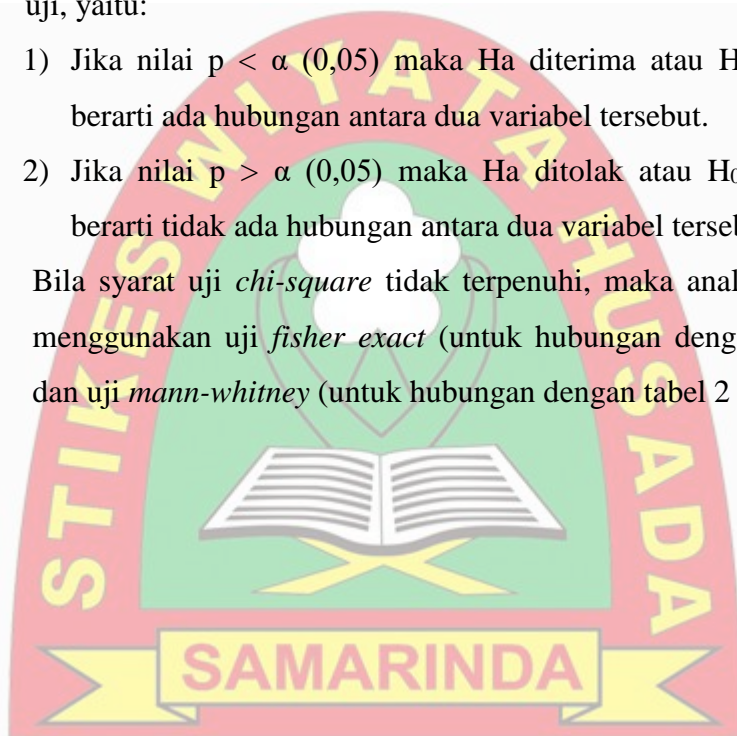
O = Observasi

E = Expected atau hasil yang diharapkan

- d. Kemudian bandingkan nilai p dengan nilai α (0,05) dengan keputusan uji, yaitu:

- 1) Jika nilai $p < \alpha$ (0,05) maka H_a diterima atau H_0 ditolak, yang berarti ada hubungan antara dua variabel tersebut.
- 2) Jika nilai $p > \alpha$ (0,05) maka H_a ditolak atau H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara dua variabel tersebut.

- e. Bila syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka analisis dilanjutkan menggunakan uji *fisher exact* (untuk hubungan dengan tabel 2 x 2) dan uji *mann-whitney* (untuk hubungan dengan tabel 2 x K).



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kudungga Sangatta adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Timur yang berlokasi di Ibukota Kabupaten tepatnya di Jalan Soekarno Hatta Sangatta. Dalam upaya meningkatkan status dan kapasitas pelayanan kepada masyarakat sehingga menjadi pilihan masyarakat dalam bidang kesehatan, Pemerintah Kabupaten Kutai Timur telah melaksanakan pembangunan gedung pelayanan baru yang akan merubah wajah RSUD Kudungga Sangatta kerjasama dengan PT. Kaltim Prima Coal. Selanjutnya sejak tanggal 4 Oktober 2010 RSUD Sangatta telah menepati gedung dengan luas bangunan 12.600 m² dan lahan seluas 6,25 hektar.

RSUD Kudungga Sangatta merupakan Rumah Sakit tipe B yang salah satunya memiliki Instalasi Bedah Sentral untuk pelayanan tindakan operasi. Program pelayanan Instalasi Bedah Sentral adalah salah satu bagian dari RSUD Kudungga dengan tugas memberikan pelayanan operasi baik berencana (*elective*) maupun segera (*emergency*). Instalasi Bedah Sentral menangani kasus operasi rujukan dari rumah sakit lainnya atau puskesmas di wilayah Kabupaten Kutai Timur yang berarti bahwa setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi akan menjalani tahap preoperatif. Untuk pelayanan operasi berencana (*elective*) di Instalasi Bedah Sentral yang terdiri dari tiga kamar operasi. Terdapat pula Instalasi Anestesi dan Reanimasi yang lingkup kerjanya meliputi tahap penerimaan pasien/ preoperatif, tahap intraoperatif untuk pembiusan pasien operasi, dan tahap postoperatif melakukan observasi pasien pada tahap pulih sadar (*recovery room*).

Ruang Instalasi Bedah Sentral Sangatta RSUD Kudungga memiliki sumber daya manusia sebanyak 41 orang terdiri dari tenaga

medis dokter spesialis bedah umum sebanyak 2 orang, dokter spesialis obstetri gynecologi sebanyak 3 orang, dokter spesialis ortopedi sebanyak 1 orang, dokter spesialis urologi sebanyak 1 orang, dokter spesialis THT sebanyak 2 orang, dokter spesialis mata sebanyak 1 orang, dokter spesialis anastesi sebanyak 1 orang, perawat 16 orang, penata anastesi sebanyak 2 orang, cleaning service sebanyak 8 orang, apoteker 1 orang, CSSD sebanyak 2 orang dan tenaga administrasi sebanyak 1 orang.

2. Karakteristik Responden

Hasil gambaran karakteristik responden penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan, pada tabel sebagai berikut:

a. Umur

Tabel 4.1. Gambaran karakteristik responden berdasarkan umur di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
Remaja (17-25 tahun)	40	35,7
Dewasa (26-45 tahun)	62	55,4
Pra Lansia (46-55 tahun)	10	8,9
Total	112	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.1. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden berada dalam rentang umur dewasa (26-45 tahun) sebanyak 62 orang (55,4%). Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua. Hal ini terkait dengan kematangan kepribadian seiring bertambahnya umur.

b. Jenis Kelamin

Tabel 4.2. Gambaran karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
---------------	-----------	----------------

Laki-Laki	59	52,7
Perempuan	53	47,3
Total	112	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.2. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 59 orang (52,7%). Perempuan lebih sensitif daripada laki-laki, sehingga dalam mempersepsikan suatu keadaan biasanya perempuan lebih peka. Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang lebih sering dialami perempuan daripada laki-laki.

c. Pendidikan

Tabel 4.3. Gambaran karakteristik responden berdasarkan pendidikan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Pendidikan Dasar	39	34,8
Pendidikan Menengah	18	16,1
Pendidikan Tinggi	55	49,1
Total	112	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden berpendidikan tinggi sebanyak 55 orang (49,1%). Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan dan sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

d. Pekerjaan

Tabel 4.4. Gambaran karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
------------------	------------------	-----------------------

Bekerja	61	54,5
Tidak Bekerja	51	45,5
Total	112	100,0

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.4. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebanyak 61 orang (49,1%). Status pekerjaan terbanyak adalah bekerja sehingga mudah muncul kecemasan karena memikirkan masa depan diri, anak-anak, serta bagaimana muncul rasa ketakutan bahwa mereka tidak mampu mengurus diri mereka sendiri di masa yang akan datang.

3. Analisa Univariat

Hasil analisa univariat penelitian ini terdiri dari analisa variabel waktu menunggu dan kecemasan, yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

a. Waktu Menunggu

Tabel 4.5. Hasil analisa univariat waktu menunggu responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Waktu Menunggu	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Lama	70	62,5
Lama	42	37,5
Total	112	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.5. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori tidak lama sebanyak 70 orang (62,5%). Waktu menunggu giliran operasi yang semakin lama akan menyebabkan kecemasan pada pasien, demikian pula sebaliknya semakin cepat masuk ke ruang operasi maka semakin tidak cemas pasien.

b. Kecemasan

Tabel 4.6. Hasil analisa univariat kecemasan responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Kecemasan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Cemas	41	36,6
Kecemasan Ringan	31	27,7
Kecemasan Sedang	26	23,2
Kecemasan Berat	14	12,5
Total	112	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 4.6. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden tidak mengalami kecemasan sebanyak 41 orang (36,6%). Kecemasan dipengaruhi oleh waktu menunggu dimana semakin tinggi kecemasan diakibatkan waktu menunggu yang lama di ruang preoperasi.

4. Analisa Bivariat

Analisa ini merupakan hasil analisa hubungan antara variabel waktu menunggu dengan kecemasan yang dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.7. Hubungan antara waktu menunggu dengan kecemasan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta tahun 2018

Waktu Menunggu	Kecemasan								p value
	Tidak Cemas		Cemas Ringan		Cemas Sedang		Cemas Berat		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tidak Lama	31	44,3	22	31,4	12	17,1	5	7,1	0,011*
Lama	10	23,8	9	21,4	14	33,3	9	21,4	
Total	41	36,6	31	27,7	26	23,2	14	12,5	

*Analisis uji *chi-square* $p < \alpha$ ($\alpha : 0,05$)

Hasil uji analisis bivariat pada tabel 4.7. diketahui hasil uji statistik p value lebih kecil dari nilai α (0,05) yaitu p value $0,011 < 0,05$, berarti hipotesis nol ditolak, kesimpulannya ada hubungan antara waktu menunggu dengan kecemasan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD

Kudungga Sangatta. Diperoleh responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori tidak lama namun mengalami cemas berat sebanyak 5 orang (7,1%) dan diperoleh responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori lama namun tidak cemas sebanyak 10 orang (7,1%).

B. Pembahasan

Pembahasan hasil penelitian ini terdiri dari pembahasan analisa univariat dan bivariat yang akan dijabarkan sebagai berikut:

1. Waktu Menunggu Giliran Operasi

Berdasarkan variabel waktu menunggu diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori tidak lama. Menunggu dan mengantri adalah fenomena sehari-hari yang sangat sering kita lihat walaupun pada kenyataannya tidak seorang pun suka menunggu. Karena hal ini sangat membosankan, membuang-buang waktu, dan kadang-kadang tidak menyenangkan secara fisik, khususnya apabila tidak ada tempat untuk duduk atau Anda berada di luar. Pendeknya, hal tersebut membawa dampak negatif pada kualitas jasa. Namun, menunggu proses jasa adalah suatu fenomena yang bersifat *universal*. Hampir setiap organisasi menghadapi masalah antrean disuatu bagian dalam pengoperasiannya (Lovelock & Wright, 2005).

Peneliti berasumsi bahwa berdasarkan pengamatan penelitian di ruang operasi selama penelitian bahwa lamanya waktu menunggu giliran operasi dikarenakan setiap pasien yang masuk ke ruang intraoperasi ditangani oleh dokter dengan tingkat spesialisik yang berbeda, berdasarkan berat dan ringannya penyakit pasien yang memerlukan tindakan operasi sehingga waktu yang diperlukan dalam penanganannya akan berbeda pula. Jika semua kamar operasi dalam keadaan terpakai semua maka operator dalam hal ini dokter spesialis untuk jadwal

berikutnya harus menunggu sampai dengan adanya informasi bahwa ada ruang operasi dalam keadaan tidak terpakai. Kondisi lain dimana dokter spesialis yang harus berada di ruang operasi berjadual namun harus bertugas di poli spesialis sehingga jadwal operasi di ruang operasi tertunda, maka waktu menunggu pasien preoperatif semakin lama.

2. Kecemasan Pasien Pre Operasi

Berdasarkan variabel kecemasan diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden tidak mengalami kecemasan. Menurut Attree dan Merchant (1996 dalam HIPKABI, 2009) mengemukakan cemas seringkali digunakan untuk menggambarkan reaksi emosional individu terhadap kejadian yang penuh stres seperti masuk rumah sakit. Istilah lain yang berhubungan dengan keadaan emosi, stres sukar untuk didefinisikan dan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Diimplikasikan sebagai suatu faktor kausatif baik dalam penyakit psikologis maupun fisik.

Cemas seringkali digunakan untuk menggambarkan reaksi emosional individu terhadap kejadian yang penuh stres seperti masuk rumah sakit. Istilah lain yang berhubungan dengan keadaan emosi, stres sukar untuk didefinisikan dan berbeda antara satu orang dengan orang lain. Diimplikasikan sebagai suatu faktor kausatif baik dalam penyakit psikologis maupun fisik.

Peneliti berasumsi bahwa kecemasan pasien preoperative dikarenakan bahwa setiap individu mempunyai mekanisme koping yang berbeda dalam mengatasi kecemasan terhadap berat ringannya penyakit baik patologis maupun nonpatologis apalagi memerlukan tindakan operasi, keluarga pasien yang sering melihat ke ruang preoperatif, tingkat pendidikan dan status ekonomi pasien rendah, pasien berada pada suatu lingkungan dan situasi ruangan yang baru dapat menyebabkan seseorang menjadi cemas. Pengalaman masuk rumah sakit dan memungkinkan operasi akan berbeda untuk tiap individu tetapi adalah mungkin untuk mendiskusikan faktor fisik dan psikologis turut berperan terhadap terjadinya kecemasan, dan efek-efek ini dapat mengalami kemajuan.

3. Hubungan Antara Waktu Menunggu Giliran Operasi Dengan Kecemasan

Berdasarkan hasil uji analisis bivariat diketahui ada hubungan antara waktu menunggu dengan kecemasan di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta. Salah satu bentuk mutu pelayanan yang sering dikeluhkan masyarakat adalah waktu tunggu. Waktu tunggu adalah waktu dari pasien daftar sampai dengan diperiksa oleh dokter. Waktu tunggu yang lama beresiko meningkatkan kecemasan pasien sehingga dapat menurunkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan. Mutu atau kualitas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit kepada pasien akan menentukan. Baik buruknya rumah sakit akan sangat ditentukan oleh tingkat kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan.

Rumah sakit sebagai salah satu penyedia kebutuhan primer manusia, yakni kesehatan juga rentan terdapat waktu tunggu. Dalam industri jasa kesehatan, waktu menunggu merupakan hal yang sangat krusial karena waktu menunggu merupakan lamanya waktu yang dirasakan atau dipikirkan oleh konsumen ketika menunggu pelayanan yang akan diberikan oleh perusahaan jasa. Waktu menunggu jelas memiliki dampak untuk menentukan kepuasan pelayanan. Lambatnya waktu pelayanan dapat menyebabkan konsumen merasa cemas.

Peneliti berasumsi adanya hubungan waktu menunggu dengan kecemasan disebabkan karena faktor tingkat pendidikan pasien dimana pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru. Status ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan.

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit operasi juga menjadi faktor penyebab seseorang akan mudah

mengalami kecemasan, disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik akan mudah mengalami kecemasan. Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

Asumsi peneliti lainnya adalah kecemasan pasien preoperatif dikarenakan bahwa setiap individu mempunyai mekanisme coping yang berbeda dalam mengatasi kecemasan terhadap berat ringannya penyakit baik patologis maupun nonpatologis apalagi memerlukan tindakan operasi, keluarga pasien yang sering melihat ke ruang preoperatif, tingkat pendidikan dan status ekonomi pasien rendah, pasien berada pada suatu lingkungan dan situasi ruangan yang baru dapat menyebabkan cemas.

Diperoleh responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori tidak lama namun mengalami cemas berat sebanyak 5 orang (7,1%). Menurut asumsi peneliti hal ini disebabkan karena faktor umur responden yang dalam kelompok ini termasuk yang remaja sehingga belum matangnya umur mereka akan sangat mudah mengalami cemas dalam menghadapi penyakit. Tingkat pendidikan yang rendah pada kelompok responden ini menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan, walaupun tidak terlalu lama menunggu giliran operasi. Selain itu faktor pengalaman menghadapi operasi juga dapat menjadi penyebabnya, dimana peneliti berpendapat responden dalam kelompok ini belum memiliki pengalaman operasi di rumah sakit atau saat ini merupakan pengalaman pertama responden sehingga dengan pengalaman yang minim akan menyebabkan kecemasan menjadi meningkat.

Diperoleh responden dengan waktu menunggu giliran operasi kategori lama namun tidak cemas sebanyak 10 orang (7,1%). Menurut asumsi peneliti hal ini disebabkan karena faktor umur responden yang dalam kelompok ini termasuk dewasa sehingga sudah matangnya umur mereka akan sangat sulit mengalami cemas ketika menghadapi penyakit. Tingkat pendidikan yang tinggi pada kelompok responden ini menyebabkan orang tersebut sulit mengalami kecemasan, walaupun

harus lama menunggu giliran operasi. Selain itu faktor pengalaman menghadapi operasi juga dapat menjadi penyebabnya, dimana peneliti berpendapat responden dalam kelompok ini sudah memiliki pengalaman operasi di rumah sakit atau saat ini merupakan pengalaman kedua atau lebih sehingga dengan pengalaman yang banyak ini akan menyebabkan tidak terjadinya kecemasan.

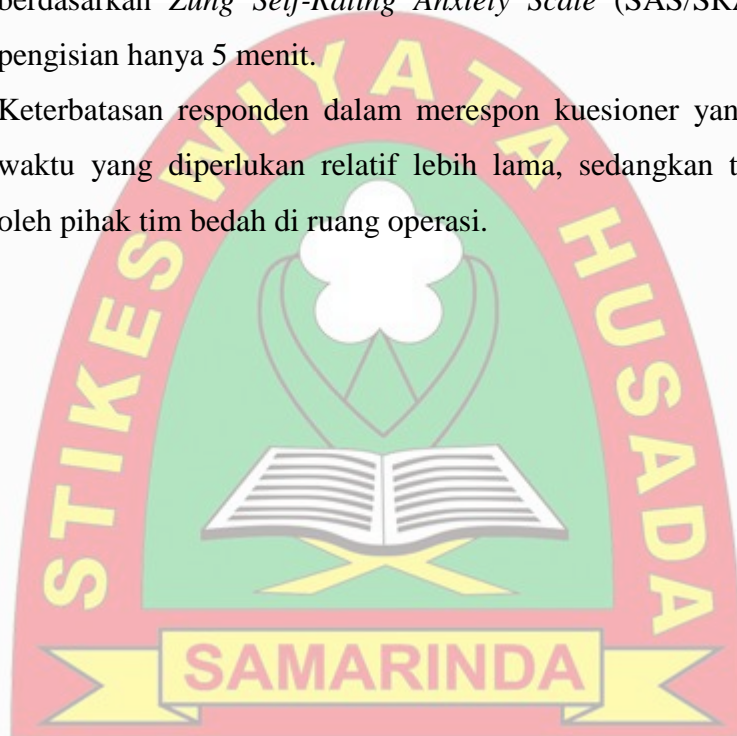
Menurut asumsi peneliti berdasarkan pengalaman dan pengamatan selama penelitian, sering dijumpai ketika perawat ruang preoperatif menerima pasien dari ruang perawatan (timbang terima), perawat lebih terfokus pada serah terima dokumentasi/ status pasien dan persiapan fisik tetapi jarang mengkaji kecemasan pasien preoperative, perawat jarang memberikan penjelasan kepada pasien tentang keadaan kamar operasi dan tahapan-tahapan yang akan dijalani pasien preoperatif, pasien intraoperatif, dan pasien post operatif.

Perawat ruang preoperative dapat memberikan pelayanan asuhan keperawatan bagi pasien yang akan menjalani operasi pada tahap preoperatif dengan melakukan kerja sama dan koordinasi dengan institusi pemberi pelayanan kesehatan (*health providers*), meliputi kegiatan: menyiapkan buku-buku atau leaflet bacaan tentang kesehatan terutama yang berhubungan dengan persiapan/ tindakan operasi, menyediakan televisi pendidikan (*visual education*) yang dapat digunakan untuk penyuluhan kesehatan bagi pasien preoperasi dalam tahap preoperatif, membuat protap yang mengizinkan salah satu dari anggota keluarga pasien untuk mendampingi pasien di ruang tunggu, pada saat melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien di ruang preoperatif, tenaga kesehatan ruang operasi diwajibkan membuka masker operasi, membuat buku panduan tentang adab berdoa bagi pasien preoperasi sesuai dengan agama dan kepercayaannya, dan atau jika memungkinkan pasien yang akan menjalani operasi sebelum masuk ruang *intraoperative* mendapat pendamping dari rohaniawan sesuai dengan keyakinan agamanya, dan menerapkan perilaku kepedulian (*caring*) bagi petugas

kesehatan di ruang preoperatif dengan konsep ramah, salam, senyum, dan sabar sehingga kecemasan pasien preoperasi akan berkurang.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Pada beberapa pasien pre operasi yang awalnya sudah bersedia menjadi responden, menjadi batal ikut penelitian karena pernah terjadi kesalahan dalam pengukuran waktu menunggu dan responden mengeluhkan banyaknya item pernyataan dalam pengisian kuesioner kecemasan berdasarkan *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)* dan waktu pengisian hanya 5 menit.
2. Keterbatasan responden dalam merespon kuesioner yang ada sehingga waktu yang diperlukan relatif lebih lama, sedangkan telah ditentukan oleh pihak tim bedah di ruang operasi.



BAB V PENUTUP

C. Kesimpulan

5. Karakteristik responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta sebagian besar responden berada dalam rentang umur dewasa (26-45 tahun) sebanyak 62 orang (55,4%), berjenis kelamin laki-laki sebanyak 59 orang (52,7%), berpendidikan tinggi sebanyak 55 orang (49,1%) dan responden memiliki pekerjaan sebanyak 61 orang (49,1%).
6. Waktu menunggu giliran operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta sebagian besar responden dalam kategori waktu tidak lama sebanyak 70 orang (62,5%).
7. Kecemasan responden di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta sebagian besar responden tidak mengalami kecemasan sebanyak 41 orang (36,6%).
8. Ada hubungan antara waktu menunggu giliran operasi dengan kecemasan pasien preoperasi di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta dengan $p\text{ value} = 0,011$.

D. Saran

1. Pihak Rumah Sakit
 - a. Diharapkan dapat menyiapkan buku-buku atau leaflet bacaan tentang kesehatan terutama yang berhubungan dengan persiapan/ tindakan operasi.
 - b. Diharapkan dapat menyediakan televisi pendidikan (*visual education*) yang dapat digunakan untuk penyuluhan kesehatan bagi pasien preoperative.
 - c. Diharapkan dapat membuat protap yang mengizinkan salah satu dari anggota keluarga pasien untuk mendampingi pasien di ruang tunggu

(*preoperative*), pada saat melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien di ruang preoperatif.

- d. Diharapkan dapat membuat buku panduan tentang adab berdoa bagi pasien preoperatif sesuai dengan agama dan kepercayaannya dan atau jika memungkinkan pasien yang akan menjalani operasi sebelum masuk ruang intraoperatif mendapatkan pendamping dari rohaniawan sesuai dengan keyakinan agamanya.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi literatur atau penelitian terkait untuk membuat penelitian terkait kecemasan pada pasien di rumah sakit, bukan hanya di ruang operasi tapi dapat pula pasien di IGD maupun di ruang rawat inap.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya dengan variabel yang lebih banyak lagi seperti karakteristik pasien, pengetahuan, dukungan keluarga dihubungkan dengan kecemasan dengan menggunakan analisa multivariat.



DAFTAR PUSTAKA

- Agus. (2011). *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Andaners. <http://andaners.wordpress.com/konsep-cemas-stress-dan-adaptasi>, diperoleh tanggal 17 Januari 2018
- Asmadi. (2009). *Teknik prosedural keperawatan konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Bielen & Demoulin. (2007). *Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services* *Managing Service Quality: An International Journal*. Vol. 17 Issue: 2, pp.174-193, <https://doi.org/10.1108/09604520710735182>.
- Brunner & Suddart. (2002) *Buku ajar medikal bedah*, editor Suzane C Sualtzer, Brenda G Bare: alih bahasa Agung Waluyo, editor edisi bahasa Indonesia, Monica Ester, Ellen Panggabean, ed. 8, Jakarta: EGC
- Dahlan. (2017). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- David. (2003). *Pokok-Pokok Pikiran dalam Sosiologi*. Jakarta: PT. Raja. Grafindo Persada
- Depkes. (2009). *Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Diakses pada <http://www.depkes.go.id/resources/download/peraturan/UUNo44Th2009ttgRumahSakit.PDF>
- Friedman. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan praktik*. Achir Yani (penterjemah). Jakarta: EGC
- Hastuti. (2005) *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien yang Akan Dioperasi di Ruang Rawat Inap RSUI Kustati Surakarta*.
- Handoko. (2009). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Hidayat. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika
- HIPKABI. (2009), *Buku Panduan Dasar-Dasar Keterampilan Bagi Perawat Kamar Bedah*. Jakarta: HIPKABI Press
- Iqbal. (2008). *Pokok-Pokok Materi Statistik*. Jakarta: Bumi Aksara

Karimauv, dkk. (2015). *Hubungan antara lamanya menunggu waktu pensiun dan tingkat kecemasan pada Pegawai Negeri Sipil*. Skripsi, tidak dipublikasikan. Jember: Universitas Jember

Lovelock & Wrigh. (2005). *Manajemen Pemasaran jasa* ahli bahasa Agus Widyantoro, editor edisi bahasa Indonesia, Bambang Sarwiji Jakarta: Gramedia

Mac. Millan. (2011). *Building a Successful Family Business Board: A Guide for Leaders, Directors and Families*. United States: Palgrave.

Mashuri. (2009). *Penelitian Verifikatif*. Yogyakarta: Andi

Notoatmodjo. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Nursalam. (2016). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Pearce. (2002). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedic*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Potter. (2009). *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika

Program Peningkatan Mutu IBS. (2017). Sangatta: RSUD Kudungga

Rekam Medik IBS. (2017). Sangatta: RSUD Kudungga

Riduan. (2010). *Belajar Mudah Penelitian Untuk Guru, Karyawan Dan Peneliti Muda*. Bandung: Alfabeta

Rothrock. (2000) *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif*, alih bahasa Maria A. Wijayarini, editor Monica Ester. Jakarta: EGC

Roux & Lockhart. (2001) *Keperawatan Medikal Bedah*, Penerjemah: Dr. Joko Setyono. edisi Pertama Jakarta: Salemba Medika

RSCM. (2009), *Kumpulan Materi Perioperative In Nursing Care*, Departemen Ilmu Bedah RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo. Jakarta

Sabiston. (1995). *Buku Ajar Bedah*. Bagian pertama, alih bahasa dr. Petrus Andrianto dan dr. Timan I.S. editor, Jonatan Asnawi. Jakarta: EGC

Sjamsuhidayat & de Jong. (2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah*, ed. 2. Jakarta: EGC

Stuart. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5*. Jakarta: EGC

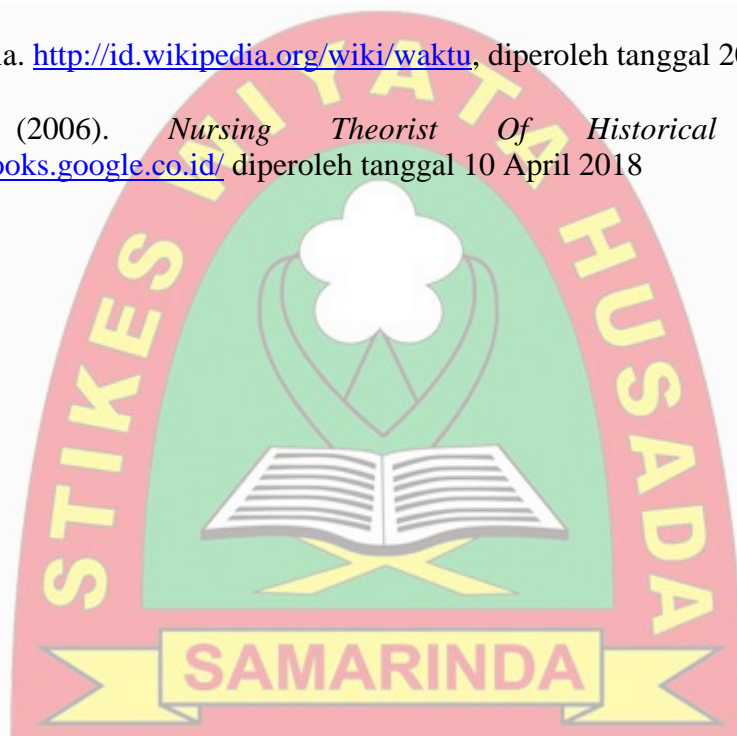
Sunaryo. (2004), *Psikologi Untuk Keperawatan*, editor Monica Ester Jakarta: EGC

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta

Tambengi. (2017). *Hubungan antara waktu tunggu dengan kecemasan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado*. Dalam e-journal Keperawatan (e-Kp) vol.5, no.1.

Wikipedia. <http://id.wikipedia.org/wiki/waktu>, diperoleh tanggal 20 Januari 2018

Wolf. (2006). *Nursing Theorist Of Historical Significance*. <https://books.google.co.id/> diperoleh tanggal 10 April 2018



Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Sangatta, April 2018

Kepada Yth,
Bapak/ Ibu Responden
Di
tempat.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

N a m a : Kusnowo
N I M : 16.0520.0855.01

adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dengan judul:

Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi Dengan Kecemasan Pasien Preoperasi Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur

Partisipasi yang diharapkan dari Bapak/ Ibu adalah mengisi lembar kuesioner yang diberikan oleh peneliti. Pengisian kuesioner ini tidak akan mengakibatkan kerugian apapun karena semua informasi dari Bapak/ Ibu berikan akan dijamin kerahasiaannya.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, kami mohon untuk menandatangani lembar persetujuan ini dan dilanjutkan dengan mengisi kuesioner yang disertakan dalam lembar ini.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Kusnowo

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial nama responden :

Diagnosa penyakit :

Jenis Operasi :

Asal Ruang Inap :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang berjudul:

Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi Dengan Kecemasan Pasien Preoperasi Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur

Penelitian ini dilakukan oleh:

N a m a : Kusnowo

NIM : 16.0520.0855.01

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak bersifat negatif dan tidak akan merugikan bagi saya, serta segala informasi yang saya berikan akan dijamin kerahasiaannya. Saya berharap pada hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan baik keluarga saya, pihak pendidikan, pihak rumah sakit dan lainnya, oleh karena itu jawaban yang akan saya berikan adalah yang sebenar-benarnya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela “Bersedia Menjadi Responden” dalam penelitian ini.

Sangatta, April 2018
Responden,

(_____)

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN
Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi Dengan Kecemasan Pasien
Preoperasi Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta
Kabupaten Kutai Timur

Petunjuk Pengisian:

Berilah tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan Bapak/ Ibu

A. Data Karakteristik Responden

1. Inisial Responden: Kode Responden: _____(diisi peneliti)
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin Laki - laki
 Perempuan
4. Pendidikan Tidak Sekolah SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi (Diploma, S1, S2)
5. Pekerjaan PNS Pegawai Swasta
 Wiraswasta Buruh
 Petani Nelayan
 Ibu Rumah Tangga

B. Lembar observasi waktu menunggu giliran operasi (diisi oleh peneliti)


Jam datang di ruang preoperatif (a)	Jam saat akan masuk ruang intraoperatif (b)	Waktu menunggu giliran operasi (jumlah menit jam a sampai b)
.....

C. Kuesioner Kecemasan Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)

Pilihlah jawaban yang paling menggambarkan seberapa sering Anda merasa atau berperilaku seperti beberapa pernyataan dibawah ini:

No	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-Kadang	Sebagian Waktu	Hampir Setiap Waktu
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya.				
2	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur				
4	Saya mudah marah, tersinggung atau panik				
5	Saya merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi				
6	Kedua tangan dan kaki saya gemetar				
7	Saya terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher atau nyeri otot				
8	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah				
9	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang				
10	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat				
11	Saya mudah mengalami pusing				
12	Saya mudah mengalami pingsan atau merasa seperti pingsan				
13	Saya mudah sesak napas tersengal-sengal				
14	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya				
15	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan				
16	Saya merasa lebih banyak kencing daripada biasanya				
17	Saya merasa tangan saya dingin dan basah oleh keringat				
18	Wajah saya terasa panas dan kemerahan				
19	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam				
20	Saya mengalami mimpi buruk				

SURAT IJIN PENELITIAN

 PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANGATTA
Jl. Soekarno – Hatta Tlp. (0549) 5523215, 5501391
SANGATTA

Sangatta, 9 April 2018

Nomor : 445/870/1125/IV/2018
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
Di Instalasi Bedah Sentral



Kepada Yth,
Direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Wiyata Husada Samarinda
Di –
Samarinda

Dengan hormat,
Menindaklanjuti surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda nomor 0419.4/STIKES-WHS/III/2018, perihal : Permohonan Ijin Penelitian Di Instalasi Bedah Sentral untuk mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama : KUSNOWO
NIM : 16.0520.0855.01
Program Study : Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi dengan Kecemasan Pre operasi di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur

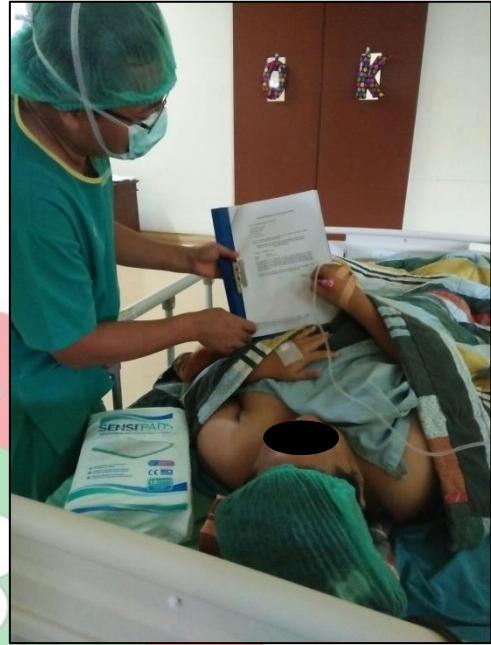
Selama melaksanakan penelitian di RSUD Kudungga mahasiswa yang bersangkutan wajib mengikuti peraturan yang berlaku.

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Direktur,


dr. H. Anis Istivandari, M.P.H
NIP. 19680727 200212 2 004

Lampiran 5

FOTO DOKUMENTASI PENELITIAN



Lampiran 6

REKAPITULASI DATA KUESIONER

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17	1	,9	,9	,9
	18	1	,9	,9	1,8
	19	3	2,7	2,7	4,5
	20	6	5,4	5,4	9,8
	21	4	3,6	3,6	13,4
	22	8	7,1	7,1	20,5
	23	11	9,8	9,8	30,4
	24	5	4,5	4,5	34,8
	25	1	,9	,9	35,7
	27	3	2,7	2,7	38,4
	28	1	,9	,9	39,3
	29	4	3,6	3,6	42,9
	30	1	,9	,9	43,8
	32	5	4,5	4,5	48,2
	33	5	4,5	4,5	52,7
	34	5	4,5	4,5	57,1
	35	5	4,5	4,5	61,6
	36	8	7,1	7,1	68,8
	37	3	2,7	2,7	71,4
	38	4	3,6	3,6	75,0
	39	5	4,5	4,5	79,5
	42	5	4,5	4,5	83,9
	43	5	4,5	4,5	88,4
	44	1	,9	,9	89,3
	45	2	1,8	1,8	91,1
	48	2	1,8	1,8	92,9
	49	2	1,8	1,8	94,6
	50	1	,9	,9	95,5
	51	1	,9	,9	96,4
	52	2	1,8	1,8	98,2
	53	1	,9	,9	99,1
	54	1	,9	,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

KategoriUmur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja (Umur 12-25 tahun)	40	35,7	35,7	35,7
	Dewasa (Umur 26-45 tahun)	62	55,4	55,4	91,1
	Pra Lansia (Umur 46-55 tahun)	10	8,9	8,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	59	52,7	52,7	52,7
	Perempuan	53	47,3	47,3	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	6	5,4	5,4	5,4
SD	14	12,5	12,5	17,9
SMP	19	17,0	17,0	34,8
SMA	17	15,2	15,2	50,0
Perguruan Tinggi (Diploma, S1, S2, S3)	56	50,0	50,0	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Kategori Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pendidikan Rendah (Tidak Sekolah, SD, SMP)	39	34,8	34,8	34,8
Pendidikan Menengah (SMA)	18	16,1	16,1	50,9
Pendidikan Tinggi (Diploma, S1, S2)	55	49,1	49,1	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	10	8,9	8,9	8,9
Pegawai Swasta	29	25,9	25,9	34,8
Wiraswasta	17	15,2	15,2	50,0
Buruh	3	2,7	2,7	52,7
Petani	3	2,7	2,7	55,4
Ibu Rumah Tangga	31	27,7	27,7	83,0
Tidak Bekerja	19	17,0	17,0	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Kategori Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja (PNS, Swasta, Wiraswasta, Buruh, Petani, Nelayan)	61	54,5	54,5	54,5
Tidak Bekerja (IRT, Pensiunan, Tidak Bekerja)	51	45,5	45,5	100,0
Total	112	100,0	100,0	

WaktuMenungguDalamMenit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	15	13,4	13,4	13,4
	22	1	,9	,9	14,3
	23	4	3,6	3,6	17,9
	24	8	7,1	7,1	25,0
	25	11	9,8	9,8	34,8
	26	6	5,4	5,4	40,2
	27	6	5,4	5,4	45,5
	28	5	4,5	4,5	50,0
	29	4	3,6	3,6	53,6
	30	10	8,9	8,9	62,5
	39	3	2,7	2,7	65,2
	42	3	2,7	2,7	67,9
	45	2	1,8	1,8	69,6
	47	2	1,8	1,8	71,4
	49	3	2,7	2,7	74,1
	54	3	2,7	2,7	76,8
	59	2	1,8	1,8	78,6
	63	3	2,7	2,7	81,3
	68	3	2,7	2,7	83,9
	75	2	1,8	1,8	85,7
	77	2	1,8	1,8	87,5
	79	3	2,7	2,7	90,2
	80	3	2,7	2,7	92,9
	85	2	1,8	1,8	94,6
	90	4	3,6	3,6	98,2
	95	1	,9	,9	99,1
	100	1	,9	,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

KategoriWaktuMenunggu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak lama (jika waktu menunggu \leq 30 menit)	70	62,5	62,5	62,5
	Lama (jika waktu menunggu $>$ 30 menit)	42	37,5	37,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Kategori Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Cemas (Jika total skor 20-44)	41	36,6	36,6	36,6
	Kecemasan Ringan (Jika total skor 45-59)	31	27,7	27,7	64,3
	Kecemasan Sedang (Jika total skor 60-74)	26	23,2	23,2	87,5
	Kecemasan Berat (Jika total skor 75-80)	14	12,5	12,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Waktu Menunggu * Kategori Kecemasan	112	100,0%	0	0,0%	112	100,0%



Kategori Waktu Menunggu * Kategori Kecemasan Crosstabulation

			Kategori Kecemasan				Total
			Tidak Cemas	Kecemasan Ringan	Kecemasan Sedang	Kecemasan Berat	
Kategori Waktu Menunggu	Tidak lama	Count	31	22	12	5	70
		Expected Count	25,6	19,4	16,3	8,8	70,0
		% within Kategori Waktu Menunggu	44,3%	31,4%	17,1%	7,1%	100,0%
		% within Kategori Kecemasan	75,6%	71,0%	46,2%	35,7%	62,5%
		% of Total	27,7%	19,6%	10,7%	4,5%	62,5%
	Lama	Count	10	9	14	9	42
		Expected Count	15,4	11,6	9,8	5,3	42,0
		% within Kategori Waktu Menunggu	23,8%	21,4%	33,3%	21,4%	100,0%
		% within Kategori Kecemasan	24,4%	29,0%	53,8%	64,3%	37,5%
		% of Total	8,9%	8,0%	12,5%	8,0%	37,5%
Total	Count	41	31	26	14	112	
	Expected Count	41,0	31,0	26,0	14,0	112,0	
	% within Kategori Waktu Menunggu	36,6%	27,7%	23,2%	12,5%	100,0%	
	% within Kategori Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	36,6%	27,7%	23,2%	12,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,205 ^a	3	,011
Likelihood Ratio	11,146	3	,011
Linear-by-Linear Association	10,207	1	,001
N of Valid Cases	112		

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