

**PENGARUH INFORMED CONSENT TERHADAP
KECEMASAN DAN PENGETAHUAN PADA
PASIEN PRE OPERASI HERNIA
DI RSUD KABUPATEN SRAGEN**

TESIS

Untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar S-2 Magester Kesehatan

Program Studi Magester Kedokteran Keluarga

Minat Utama

Pendidikan Profesi Kesehatan



**disusun Oleh:
MARGONO
NIM : S 540907010**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
TAHUN 2008**

**PENGARUH INFORMED CONSENT TERHADAP
KECEMASAN DAN PENGETAHUAN PADA
PASIEN PRE OPERASI HERNIA
DI RSUD KABUPATEN SRAGEN**

**MARGONO
S540907010**

**Telah disetujui oleh Tim Pembimbing
Pada tanggal :**

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, M.Kes,MM, PAK
NIP : 130 543 994

Drs. Hermanu J, MPd.
NIP:

Mengetahui

Ketua Minat Utama

Dr. P. Murdani K, MHPEd
NIP : 130 789 875

**PENGARUH INFORMED CONSENT TERHADAP
KECEMASAN DAN PENGETAHUAN PADA
PASIEN PRE OPERASI HERNIA
DI RSUD KABUPATEN SRAGEN**

Telah disetujui dan diterima oleh tim penguji
Surakarta, Februari 2009

Tim Penguji Tesis

Penguji I

1. Prof. Dr. dr. Ambar Mudigdo, SpPA (K) (.....)

Penguji II

2. Dr. Nunuk Suryani, M.Pd (.....)

Penguji III

3. Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, M.Kes, MM, PAK (.....)

Penguji IV

4. Drs. Hermanu J, MPd. (.....)

Mengetahui:

Direktur Program Pascasarjana

Ketua Program Studi MKK

Prof. Drs. Suranto, M.Sc, Ph.D
NIP. 131 472 192

Prof. Dr. dr. Didik Tamtomo, M.Kes, MM, PAK
NIP. 130 543 994

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Margono

NIM : S 540907010

Sebagai mahasiswa Pasca Sarjana Program Studi Magister Kedokteran Keluarga
Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis berjudul **“PENGARUH INFORMED
CONSENT TERHADAP KECEMASAN DAN PENGETAHUAN PADA
PASIEN PRE OPERASI HERNIA DI RSUD KAB. SRAGEN”** ini bukan
merupakan jiplakan dari karya orang lain dan benar- benar karya peneliti sendiri.
Hal- hal yang bukan karya peneliti sendiri dalam tesis tersebut telah diberi tanda
cital dan ditunjukkan dalam daftar pustaka

Apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka peneliti
bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan tesis dan gelar yang
diperoleh dari tesis ini.

Surakarta,

Yang membuat pernyataan

Margono

KATA PENGANTAR

Segala puja dan puji syukur hanyalah bagi Allah S.W.T yang telah melimpahkan segala kemurahannya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan. Tesis ini disusun untuk memenuhi tugas sebagian persyaratan untuk mencapai derajat magister di bidang Pendidikan Profesi Kesehatan pada Program studi magister Kedokteran Keluarga, universitas Sebelas Maret.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih ada kekurangan sempurnaan, sehubungan dengan keterbatasan kami. Namun demikian kami telah berusaha semaksimal mungkin agar hasil penelitian dalam tulisan ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan penulis.

Pada kesempatan ini dengan rasa hormat dan tulus, penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada:

1. Prof. Dr. dr. HM. Syamsulhadi, Sp.KJ(K) selaku Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta
2. Prof. Drs. Suranto, M.Sc, Ph.D selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta
3. Prof. Dr. dr. Didik tamtomo, MM, M.Kes, PAK, selaku Pembimbing I dan Ketua Program Studi Kedokteran Keluarga beserta seluruh staf yang telah banyak membantu selama masa perkuliahan maupun pembuatan tesis ini.
4. dr. Murdani K, MHPEd, selaku Ketua Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan beserta seluruh staf, yang telah banyak membantu selama masa perkuliahan maupun pembuatan tesis ini.

5. Drs. Hermanu J, MPd. selaku pembimbing II, atas bimbingan dan pengarahannya sejak awal hingga selesainya tesis ini.
6. dr. Farid Anshori, MM. sebagai direktur RSUD Kabupaten Sragen yang telah memberikan izin dan motivasi untuk mengikuti pendidikan serta penelitian.
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Pasca sarjana MKK minat utama PPK Universitas sebelas Maret yang memberi dukungan dan semangat serta kerja sama selama pendidikan.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dorongan dalam bentuk apapun kepada penulis.

Selain itu penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada keluarga tercinta yang dengan ikhlas memberi dukungan, bantuan dan dorongan moril maupun material sejak awal pendidikan hingga selesainya pembuatan tesis ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan, saran dan kritik yang sifatnya membangun penulis harapkan. Akhirnya, penulis berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi pembaca.

Surakarta

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------|------|
| Halaman Judul..... | i |
| Halaman Persetujuan..... | ii |
| Halaman Pengesahan..... | iii |
| Pernyataan..... | iv |
| Kata Pengantar..... | v |
| Daftar Isi..... | vii |
| Daftar Tabel..... | x |
| Daftar Gambar..... | xi |
| Daftar lampiran..... | xii |
| Abstrak..... | xiii |
| Abstract..... | xiv |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Perumusan Masalah..... | 4 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 4 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 5 |
| | |
| BAB II LANDASAN TEORI..... | 6 |
| A. Kajian Teori..... | 6 |
| 1. Informed Consent..... | 6 |
| 2. Kecemasan..... | 10 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 3. Pengetahuan..... | 19 |
| 4. Pembedahan..... | 23 |
| 5. Hernia..... | 36 |
| B. Penelitian yang relevan..... | 39 |
| C. Kerangka Pemikiran | 40 |
| D. Hipotesis Penelitian..... | 40 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| BAB III METODOLOGI PENELITIAN..... | 41 |
| A. Rancangan Penelitian..... | 41 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 41 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 42 |
| D. Variable Penelitian..... | 43 |
| E. Definisi Operasional..... | 43 |
| F. Instrumen Penelitian..... | 44 |
| G. Validitas dan Reliabilitas..... | 45 |
| 1. Validitas..... | 45 |
| 2. Reliabilitas..... | 45 |
| H. Pengolahan dan Analisa Data..... | 46 |
| 1. Editing..... | 46 |
| 2. Koding..... | 47 |
| 3. Tabulasi Data..... | 47 |
| 4. Analisa Data..... | 48 |

| | |
|---|----|
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 50 |
| A. Hasil Dan Pembahasan..... | 50 |
| 1. Gambaran Umum RSUD Kabupaten Sragen..... | 50 |
| 2. Karakteristik Data Responden..... | 50 |
| 3. Hasil analisis varians..... | 54 |
| 4. Hasil Analisis T Tes..... | 55 |
| B. Pembahasan..... | 56 |
| BAB V PENUTUP..... | 60 |
| A. Kesimpulan..... | 60 |
| B. Implikasi..... | 60 |
| C. Saran..... | 61 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 1. Definisi Operasional Variabel..... | 42 |
| Tabel 2. Distribusi frekuensi tingkat pendidikan pasien pre operasi hernia..... | 50 |
| Tabel 3. Distribusi frekuensi kecemasan pasien pre operasi hernia | 51 |
| Tabel 4. Distribusi frekuensi pengetahuan pasien pre operasi hernia | 51 |
| Tabel 5. Hubungan umur dengan kecemasan pasien pre operasi hernia..... | 52 |
| Tabel 6. Hubungan pendidikan dengan kecemasan pasien pre operasi hernia..... | 53 |
| Tabel 7. Hubungan pendidikan dengan pengetahuan pasien pre operasi hernia... | 53 |
| Tabel 8. Hasil analisis T Tes tentang pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia..... | 55 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1. Kerangka Pemikiran..... | 40 |
| Gambar 2. Pengaruh Informed Consent terhadap Kecemasan..... | 52 |
| Gambar 3. Pengaruh Informed Consent terhadap Pengetahuan..... | 52 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1. Permohonan Menjadi Responden (Instruyen Penelitian)..... | 65 |
| Lampiran 2. Satuan Acara Pembelajaran..... | 69 |
| Lampiran 3. Data Responden Penelitian..... | 78 |
| Lampiran 4. Reliabilitas..... | 80 |
| Lampiran 5. Hasil Analisis T tes..... | 85 |
| Lampiran 6. Ijin Penelitian..... | 120 |

ABSTRAK

Margono, S 540907010, 2008. *Pengaruh Informed Consent terhadap Kecemasan dan Pengetahuan pada Pasien Pre Operasi Hernia di RSUD Kabupaten Sragen*. Tesis: Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Operasi merupakan tindakan pengobatan yang banyak menimbulkan kecemasan. Bila kecemasan pada pasien pre operasi tidak segera diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan, untuk itu pasien yang akan menjalani operasi harus diberi informed consent untuk menurunkan atau mengurangi gejala kecemasan serta dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan pada pasien. Informed consent pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dari penderita yang akan dilakukan tindakan pembedahan pada kasus hernia 10% dilakukan penundaan karena peningkatan kecemasan. Pemberian informed consent bertujuan untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia, namun kenyataan di lapangan penundaan operasi karena kecemasan masih banyak ditemukan. Sedangkan penelitian secara sistematis tentang informed consent dan kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen belum pernah dilakukan.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, dengan rancangan sebagai penelitian *Quasi-eksperimen two group design*. Jumlah sampel yang dipakai adalah 60 orang, dimana 30 orang sampel perlakuan dan 30 orang sampel kontrol.

Hasil studi menunjukkan bahwa pemberian informed consent berpengaruh terhadap kecemasan sebesar 26.2 poin lebih baik dibanding tanpa informed consent. Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0.000$). Demikian pula pengaruh pemberian informed consent terhadap pengetahuan sebesar 3.97 poin lebih baik daripada tanpa informed consent. Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0.000$)

Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh yang signifikan antara informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Kabupaten Sragen.

Kata Kunci: Informed Consent, Kecemasan, Pengetahuan dan Hernia

ABSTRACT

Margono. S540907010. *The Effect of the Informed Consent on the Pre-operation Patient's Anxiety and Health Knowledge at the Local General Hospital of Sragen Regency*. Tesis: The Master Program in Health Education, Postgraduate Program, Sebelas Maret University Surakarta, 2008.

Operation is a medication treatment that much causes anxiety among the pre-operation patients. The operation treatment has not been performed to 10% of all operation patients suffering from hernia due to the increase in their anxiety. If the anxiety is not immediately dealt, it can inhibit their health healing process. Therefore, an informed consent must be extended so as to decrease or reduce their anxiety symptoms as well as to improve their health knowledge. Informed consent is an activity or an effort of extending health information to an individual, a group or a community. Extending the informed consent by and large aims to improve hernia pre-operation clients' health knowledge. However, the operation treatment is very often cancelled due to a large number of anxiety cases found in the field. A systematic research on the informed consent and anxiety of the hernia pre-operation clients at Local General Hospital of Sragen regency has not ever been carried out. Based on the above facts, this research was aimed at finding out the effect of the informed consent on the pre-operation patients' anxiety and health knowledge at the Local General Hospital of Sragen regency.

This research is a quantitative one with the quasi-experiment of a two-group design. Its samples consisted of 60 patients. The samples were divided into two groups, experimental group and control group. Each group consisted of 30 clients.

The results of the research are as follows: 1). The extending of informed consent has a better effect of 26.2 points on the client's anxiety level than the absence of informed consent; the difference is statistically significant ($p = 0.000$). 2).The extending of informed consent has better effect of 3.97 points on the clients' health knowledge; the difference is statistically significant ($p = 0.000$).

Based on the results of the research, a conclusion is drawn that there is a significant effect of informed consent on the hernia pre-operation patients' anxiety level and health knowledge at the Local General Hospital of Sragen regency.

Keywords: Informed consent, anxiety, knowledge, and hernia.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia. (depkes.com,2008).

Untuk mencapai tujuan Indonesia sehat 2010 tersebut sangat di perlukan tenaga, fasilitas, dan pelayanan kesehatan yang memadai. Satu fasilitas yang ada adalah pelayanan kesehatan yang di lakukan di Rumah Sakit adalah meliputi pencegahan, pengobatan penyakit, dan promosi kesehatan (Widodo, 1999). Salah satu layanan yang ada di Rumah Sakit adalah layanan pengobatan melalui operasi. Operasi merupakan tindakan pengobatan yang banyak menimbulkan kecemasan. Kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik fisik maupun psikologisnya misalnya harga diri, gambaran diri, dan identitas diri (Stuart & Sundeen, 1998).

Sampai saat ini sebagian besar orang beranggapan bahwa operasi merupakan pengalaman yang menakutkan. Untuk itu pasien perlu pengetahuan kesehatan yang cukup untuk menurunkan reaksi cemas agar tidak berlanjut. Pengetahuan atau informasi yang diperlukan berhubungan dengan penyakit dan tindakan yang dilakukan terhadap dirinya. Setiap orang pernah mengalami periode cemas, apalagi pasien yang akan menjalani operasi. Kecemasan merupakan gejala klinis yang terlihat pada pasien dengan penatalaksanaan medis. Bila kecemasan pada pasien pre operasi tidak segera diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan, untuk itu pasien yang akan menjalani operasi harus diberi informed consent untuk menurunkan atau mengurangi gejala kecemasan serta dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan pada pasien (Carbonel, 2002).

Kecemasan juga dapat terjadi pada pasien yang akan menjalani operasi hernia. Nama penyakit ini berasal dari bahasa Latin, *herniae*, yang berarti penonjolan isi suatu rongga melalui jaringan ikat tipis yang lemah pada dinding rongga itu. Dinding rongga yang lemah itu membentuk suatu kantong dengan pintu berupa cincin. Gangguan ini sering terjadi di daerah perut dengan isi yang keluar berupa bagian dari usus (Hartanto, 2007). Hernia merupakan protusi atau tonjolan isi rongga melalui efek atau

bagian lemak dan dinding rongga yang bersangkutan (Sjamsuhidajat, 1997).

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan pasien, mempunyai kewajiban membantu pasien mempersiapkan fisik dan mental untuk menghadapi operasi, termasuk dalam pemberian informed consent, maka memerlukan ketrampilan komunikasi yang baik. Sikap dan tingkah laku perawat membantu menumbuhkan rasa kepercayaan pasien. Setiap kontak yang dilakukan dengan pasien hendaklah membantu pasien ini meyakini bahwa ia berada diantara orang-orang yang memperhatikan keselamatannya. Salah satu cara melakukan hal ini ialah dengan mencurahkan perhatian sampai kepada hal yang sekecil-kecilnya dalam merawat pasien. Perawat harus mau mendengarkan semua keluhan pribadi pasien (Widodo,1999).

Untuk itu pasien yang akan menjalani operasi perlu di berikan informed consent. Informed consent pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan dengan adanya pesan tersebut masyarakat, keluarga atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik (Notoatmojo,2003).

RSUD Sragen merupakan rumah sakit pemerintah daerah dengan tipe.C yang terletak di jl. Raya Sukowati 534 Sragen. Salah satu misi RSUD Sragen adalah memberikan pelayanan kesehatan profesional kepada

pasien. Bentuk pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah salah satunya pelayanan keperawatan, dimana merupakan bagian yang tak terpisahkan dari upaya pelayanan kesehatan (Depkes RI.1985).

Berdasarkan data yang terdapat dibagian Rekam Medis RSUD Sragen rata-rata tiap bulan pada tahun 2007 terdapat 15-25 penderita yang menjalani operasi hernia. Dari penderita yang akan dilakukan tindakan pembedahan pada kasus diatas 10% dilakukan penundaan karena peningkatan kecemasan. Kecemasan yang terjadi dapat berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah, sehingga tindakan anastesi atau pembedahan ditunda (Catatan Keperawatan Ruang Bedah RSUD Sragen).

Pemberian informed consent bertujuan untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi hernia, namun kenyataan di lapangan penundaan operasi karena kecemasan masih banyak ditemukan. Sedangkan penelitian secara sistematis tentang informed consent dan kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen belum pernah dilakukan.

Dengan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Adakah pengaruh informed consent terhadap kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen ?
2. Adakah pengaruh informed consent terhadap pengetahuan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum.

Mengetahui pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui gambaran kecemasan pasien pre operasi hernia yang mendapatkan informed consent.
- b. Mengetahui gambaran pengetahuan pasien pre operasi hernia yang mendapatkan informed consent.
- c. Mengetahui pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Diharapkan dapat memberikan gambaran tentang manfaat pemberian informed consent terhadap tingkat kecemasan dan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia.

2. Praktis

Diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan pelayanan asuhan keperawatan yang lebih baik pada pasien pre operasi hernia.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kajian Teori

1. Informed Consent

Secara etimologis informed consent berasal dari kata informed yang artinya sudah diberikan informasi atau sudah dijelaskan atau sudah diuraikan dan kata consent yang artinya persetujuan atau izin. Jadi informed consent atau Persetujuan Tindakan Medik adalah persetujuan dari pasien atau keluarganya terhadap tindakan medik yang akan dilakukan terhadap dirinya atau keluarganya setelah mendapat penjelasan yang adekuat dari dokter atau tenaga kesehatan.

Persetujuan Tindakan Medik telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 585 tahun 1989. Persetujuan Tindakan Medik sebenarnya lebih mengarah

kepada proses komunikasi dokter atau tenaga kesehatan dengan pasien, bukan semata-mata pengisian dan penandatanganan formulir. Oleh karena itu seorang dokter tenaga kesehatan harus pandai memberikan informasi mengenai penyakit maupun tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien dengan bahasa yang mudah dipahami.

Pada dasarnya Persetujuan Tindakan Medik berasal dari hak asasi pasien yaitu:

- a. Hak untuk menentukan nasibnya sendiri
- b. Hak untuk mendapatkan informasi

Dari sudut pandang Persetujuan Tindakan Medik ini berkaitan dengan kewajiban dokter atau tenaga kesehatan untuk memberikan informasi kepada pasien dan kewajiban untuk melakukan tindakan medik sesuai dengan standar profesi medik.

Informasi dokter yang adekuat adalah informasi yang meliputi:

- a. Diagnosis
- b. Tindakan yang diusulkan atau direncanakan
- c. Prosedur alternatif jika ada
- d. Kepentingan dan manfaat dari tindakan medik tersebut
- e. Prosedur pelaksanaan atau cara kerja dokter dalam tindakan medik tersebut
- f. Risiko yang terjadi bila tidak dilakukan tindakan tersebut
- g. Risiko atau efek samping yang terkandung dalam tindakan tersebut

- h. Konfirmasi pemahaman pasien terhadap informasi yang disampaikan sehingga mampu mengambil keputusan
- i. Kesukarelaan pasien dalam memberikan izin.
- j. Prognosis

Informasi tersebut harus diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan kepada pasien atau keluarganya dengan bahasa yang mudah dipahami. Dokter atau tenaga kesehatan juga harus mengkonfirmasi atau meyakinkan bahwa pasien atau keluarganya benar-benar sudah memahami informasi yang disampaikan.

Informasi sebaiknya diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang akan melakukan tindakan tersebut secara langsung.

Persetujuan Tindakan Medik (*informed consent*) dapat diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

- a. *Implied consent*, yaitu persetujuan yang dianggap telah diberikan walaupun tanpa pernyataan resmi, yaitu pada keadaan biasa dan pada keadaan darurat atau *emergency*. Pada keadaan gawat darurat yang mengancam jiwa pasien, tindakan menyelamatkan kehidupan (*life saving*) tidak memerlukan Persetujuan Tindakan Medik.
- b. *Expressed consent*, yaitu Persetujuan Tindakan Medik yang diberikan secara eksplisit, baik secara lisan (*oral*) maupun tertulis (*written*).

Tindakan medik yang memerlukan persetujuan secara tertulis adalah:

- a. Tindakan-tindakan yang bersifat invasif dan operatif atau memerlukan pembiusan, baik untuk menegakkan diagnosis maupun tindakan yang bersifat terapeutik.

- b. Tindakan pengobatan khusus, misalnya terapi sitostatika atau radioterapi untuk kanker
- c. Tindakan khusus yang berkaitan dengan penelitian bidang kedokteran atau uji klinik (berkaitan dengan bioetika), tidak dibahas dalam kegiatan keterampilan medik ini.

Berpedoman pada Permenkes No 585 tahun 1989 mengenai Persetujuan Tindakan Medik, maka yang berhak memberikan persetujuan atau menandatangani perjanjian adalah pasien yang sudah dewasa (di atas 21 tahun atau sudah menikah) dan dalam keadaan sehat mental. Sedapat mungkin Persetujuan Tindakan Medik ditandatangani sendiri oleh pasien. Namun dalam praktek di lapangan Persetujuan Tindakan Medik lebih sering ditandatangani oleh keluarga pasien. Hal ini berkaitan dengan kesiapan mental pasien untuk menjalani tindakan medik maupun untuk menandatangani Persetujuan Tindakan Medik tersebut. Untuk pasien di bawah umur 21 tahun dan pasien dengan gangguan jiwa maka yang menandatangani Persetujuan Tindakan Medik adalah orang tua atau keluarga terdekat atau walinya. Untuk pasien yang tidak sadar, pingsan atau tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medis dalam keadaan gawat darurat dan perlu dilakukan tindakan segera atau yang bersifat menyelamatkan kehidupan tidak diperlukan persetujuan.

Untuk menjaga keamanan dan kesahihan Persetujuan Tindakan Medik diperlukan saksi dari pihak keluarga maupun dari rumah sakit. Mengenai

jumlahnya tidak ada pedoman khusus, namun biasanya ada 2 orang, yaitu satu mewakili pasien dan satu mewakili rumah sakit. Tetapi hal ini tidak mutlak, dapat saja dua-duanya dari pihak keluarga ataupun dari rumah sakit.

Pasien yang menolak dilakukan tindakan medik yang direncanakan atau sudah dilakukan oleh dokter meskipun sudah mendapatkan penjelasan yang cukup harus memberikan pernyataan secara tertulis. Biasanya di bagian depan rekam medik tersedia format penolakan tindakan atau pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri (APS). Pernyataan tertulis ini penting untuk menghindari tuntutan hukum terhadap dokter apabila terjadi akibat buruk pada pasien yang menolak dilakukan tindakan medik pada dirinya.

2. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah dimana seseorang mengalami perasaan gelisah dan aktifitas syaraf otonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas, tidak spesifik (Capernito, 1999).

Kecemasan adalah respon psikologi terhadap stress yang mengandung komponen fisiologis dan psikologis, terjadi ketika seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun psikologi, misalnya harga diri, gambaran diri, identitas diri. Kecemasan merupakan suatu sinyal yang

menyadarkan, memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk menyadari ancaman (Kaplan & Sadock, 1997).

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan dibagi kedalam empat tingkat yaitu kecemasan ringan, sedang, berat, panik. Dampak dari kecemasan bervariasi sesuai tingkatannya (Stuart, 2007).

Kecemasan primer disebut gangguan kecemasan umum, sedangkan kecemasan sekunder dapat timbul dari gangguan fisik atau timbul dari depresi. kecemasan patologis ditunjukkan dengan gejala-gejala dan tingkah laku disfungsi yang nyata atau gangguan kehidupan sehari-hari. Gambaran klinis bervariasi, namun dapat berkembang menjadi gejala-gejala panik, histeria, fobia, somatisasi, hipokondriasis, dan obsesif kompulsif (Aritama, 2007).

Penyebab kecemasan harus selalu dicari, untuk itu diperlukan anamnesis yang lengkap dan jelas seperti: asal timbulnya gejala, matriks interpersonal dan matriks sosial bermulanya gejala.

Sebab-sebab ansietas antara lain :

- 1) Ketakutan dan kecemasan yang terus menerus, disebabkan oleh kesusahan-kesusahan dan kegagalan-kegagalan yang bertubi-tubi

- 2) Represi terhadap macam-macam masalah emosional, akan tetapi tidak bisa berlangsung secara sempurna(*incomplete repress*)
- 3) Ada kecenderungan-kecenderungan harga diri yang terhalang
- 4) Dorongan-dorongan seksual yang tidak mendapat kepuasan dan terhambat, sehingga mengakibatkan banyak konflik batin
- 5) Kesakitan fisik juga dapat menyebabkan ansietas, misal sekarat mendekati kematian.

b. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2007), tingkat kecemasan dibagi menjadi empat tingkatan :

1) Kecemasan ringan.

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapangan individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian

yang selektif namun berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada daerah lain.

4) Tingkat panik.

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

Rasa cemas yang berlebihan bias menyebabkan rasa sakit. Hal itu juga mungkin bias memberatkan penyakit yang telah diderita. Rasa cemas juga menyebabkan kurang konsentrasi dan hilang percaya diri dan akan mempengaruhi daya tahan tubuh. Beberapa orang yang menderita

kecemasan berat menghabiskan sebagian besar waktunya untuk rasa cemas tersebut sehingga tidak ada sisa waktu lagi untuk kegiatan yang lain. Kehidupan mereka seolah-olah diatur oleh rasa cemas tersebut (Infokes, 2000).

Berikut ini merupakan gejala-gejala cemas (Infokes, 2000) meliputi:

- 1) Selalu cemas bahwa mereka akan di timpa musibah.
- 2) Mudah tersinggung dan sulit untuk berteman.
- 3) Stress dan sulit tidur di malam hari.
- 4) Mengeluh palpasi (denyut jantung yang cepat),perut sakit dan diare.
- 5) Tangan berkeringat dan gemetar.
- 6) Buang air kecil menjadi sering.
- 7) Sangat pusing, kadang-kadang menjadi pingsan.
- 8) Tiba-tiba nafas mulai cepat seperti orang ketakutan.
- 9) Tangan dan kaki merasa kesemutan dan kadang kejang.
- 10)Kadang-kadang gejala-gejala cemas ini muncul secara mendadak tanpa tanda-tanda awal dalam bentuk yang sangat berat yang disebut "serangan panik"

Menurut Stuart (2007), berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan antara lain:

- 1) Dalam pandangan *psikoanalitis*, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian; id dan super ego. Id meliputi dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan super ego

mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku, menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah meningkatkan ego bahwa ada bahaya.

- 2) Menurut pandangan *interpersonal*, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.
- 3) Menurut Pandangan *perilaku*, kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa sejak kecil dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai dua pertentangan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan, konflik menimbulkan kecemasan, dan

kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.

- 4) *Kajian keluarga* menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi.
- 5) *Kajian biologis* bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal dan eksternal.

Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori :

- 1) *Ancaman Terhadap Integritas Fisik* meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) *Ancaman Terhadap Sistem Diri* dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi social yang terintegrasi pada individu (Stuart,2007).

b. Manifestasi Klinis

Gangguan ini ditandai dengan adanya ansietas yang dicetuskan oleh adanya situasi atau obyek yang jelas (dari luar individu itu sendiri), yang sebenarnya pada saat kejadian ini tidak membahayakan. Sebagai akibatnya, obyek atau situasi tersebut dihindari atau dihadapi dengan perasaan terancam (Aritama, 2007).

Pada pasien yang mengalami ansietas, dapat kita lihat gambaran klinis antara lain :

- 1) Kecemasan, takut, dan tidak berani menghadapi satu obyek yang belum konkrit, misalnya takut harimau, takut perampok, dan lain-lain.
- 2) Disertai emosi-emosi yang kuat dan tidak stabil, suka marah dan sering dalam keadaan *excited* (heboh, gempar) yang memuncak.
- 3) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, dilusi, ilusi, dan *delusion of persecution* (dilusi dikejar-kejar).
- 5) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan merasa sangat lelah, banyak berkeringat, bergemetaran, dan sering menderita diare atau mimisan.
- 6) Selalu dipenuhi ketegangan-ketegangan emosional dan bayangan-bayangan kesulitan yang imajiner (khayalan), walaupun tidak ada rangsang penyebab. Ketegangan, ketakutan, dan kecemasan yang kronis itu menyebabkan detakan jantung yang sangat cepat, takikardia dan hipertensi.

c. Terapi

Penyalahgunaan obat, alkoholisme, intoksikasi kafein, hipertiroidisme, dan feokromositoma harus disingkirkan dalam mengatasi gejala ansietas ini. Karena sebagian besar orang akan berlari ke hal-hal tersebut untuk menghadapi ansietas yang timbul pada dirinya.

Suatu episode depresi sering kali memicu keadaan ansietas yang sudah ada sebelumnya, ketergantungan alkohol juga sering kali mempersulit dalam pengobatan ansietas.

Menurut Carbonel (2002), cara-cara yang dapat ditempuh dalam pengobatan ansietas antara lain:

- 1) Menemukan sumber dari macam-macam ketakutan, kesusahan, dan kegagalannya
- 2) Menentukan sumber dari segenap konflik batinnya atau sebab-sebab dari tingkah laku yang menyebabkan penyakit ansietas ini
- 3) Memberikan jalan *adjustment* yang sehat, antara lain dengan memupuk kemauan dan motivasi agar orang yang bersangkutan berani dan mampu memecahkan segala kesulitan hidupnya.

Angka keberhasilan terapi yang tinggi dilaporkan pada kasus-kasus dengan diagnosis dini. Jika ansietas ini dibiarkan dan tidak dilakukan pengobatan, maka akan terjadi ansietas akut yang sulit disembuhkan

Terapi yang paling efektif adalah kombinasi farmakoterapi dan terapi kognitif perilaku. Untuk farmakoterapi dapat digunakan obat-obat seperti

benzodiazepin (BDPs), obat ini adalah obat yang paling sering digunakan di dunia barat. BDPs mempunyai kelebihan yaitu memiliki efek penenang yang bebas dari efek sedasi. BDPs secara klinis efektif dan memiliki keuntungan karena telah terbukti aman pada keadaan takar lajak (*overdosis*). Reaksi fatal pada takar layak BDPs jarang terjadi dan biasanya hanya terjadi bila obat ini diberikan bersama obat lain.

Obat-obat spesifik yang lain antara lain :

- 1) Diazepam
- 2) Lorazepam
- 3) Alprazolam
- 4) Propanolol
- 5) Amitriptilin,

Dalam pemberian obat harus memperhatikan:

- 1) jangan menggunakan banyak obat
- 2) obat-obatan hanya boleh diberikan untuk suatu jangka waktu dan dievaluasi secara teratur.
- 3) Obat-obatan tidak boleh diberikan atas dasar "bebas" atau "diperlukan". Resep ulang harus dihindarkan bila ingin dihentikan, maka harus dilakukan secara bertahap

d. Kecemasan pasien pra bedah.

Kecemasan yang timbul dalam diri pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk yang dialami pasien pre operasi. Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit memiliki peran yang penting dalam membantu pasien mengatasi kecemasannya sehingga perlu adanya pelayanan keperawatan yang berkualitas termasuk di dalamnya informasi pre operasi yang sama sekali belum pernah dikenal atau diketahui pasien. Apabila informasi yang diberikan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya dengan jelas, khususnya masalah operasi sehingga pasien mengerti atau memahaminya sesuai kondisi sakit yang dialaminya maka hal ini dapat mempengaruhi pasien dalam kecemasannya, sehingga berkurang rasa cemasnya. Artinya apabila informasi sebelum operasi yang diberikan atau dijelaskan kepada pasien kurang jelas atau sulit dimengerti pasien maka kecemasan pasien semakin tinggi (Atrif widodo, 2003).

Kecemasan pasien sebelum operasi meliputi pengalaman masa lalu tentang operasi, pengetahuan klien, usia, diagnosa penyakit, jenis operasi, informasi sebelum operasi, social ekonomi, hospitalisasi dan lama menunggu jadwal operasi (Caplan & Sadock,1997)

Menurut Smith dan Pittaway (2002), ketika wajahnya terlihat dalam kondisi yang tegang, itu dapat disebut cemas atau takut. Merasa cemas adalah perasaan yang normal, tetapi menjadi tidak normal apabila disertai dengan gejala fisik yang tidak diinginkan (seperti: sakit lambung, sakit perut, nafas memburu, tidak dapat tidur, dll). Gejala tersebut tidak

menunjukkan masalah yang serius, tetapi perasaan pasien yang akan dioperasi sendiri yang dapat menambah kecemasan. Kecemasan merupakan hal biasa yang terjadi pada pasien yang akan dioperasi khususnya untuk kondisi kritis dan atau ketika dialami oleh seorang anak yang belum dewasa. Masalah kesehatan yang menjadikan seseorang harus dioperasi sering menyebabkan pasien menderita kecemasan. Berada dirumah sakit dapat menyebabkan cemas, dan orang sering menghadapi operasi, prosedur yang menyakitkan, tinggal sendirian di rumah sakit, pembiusan dan hasil operasi.

3. Pengetahuan

Pengetahuan didefinisikan sebagai pengenalan terhadap kenyataan, kebenaran, prinsip dan kaidah suatu obyek. Pengetahuan merupakan hasil stimulasi informasi yang diperhatikan dan diingat. Informasi dapat berasal dari berbagai bentuk termasuk pendidikan formal maupun non formal, percakapan harian, membaca, mendengar radio, menonton televisi dan dari pengalaman hidup lainnya (Simon Morton *et al.*, 1995). Pengetahuan merupakan proses kognitif dari seseorang atau individu untuk memberikan arti terhadap lingkungan, sehingga masing-masing individu akan memberikan arti sendiri-sendiri terhadap stimuli yang diterima walaupun stimuli itu sama (Winardi, 1996).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoadmodjo, 1997: 45). Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang atau individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoadmodjo, 1997 : 46). Pengetahuan merupakan proses kognitif dari seseorang atau individu untuk memberikan arti terhadap lingkungan, sehingga masing-masing individu memberikan arti sendiri-sendiri terhadap stimuli yang diterima walaupun stimuli itu sama (Winardi, 1996). Pengetahuan merupakan aspek pokok untuk menentukan perilaku seseorang maupun untuk mengatur perilakunya sendiri (Simons *et al*, 1995).

Pengetahuan merupakan proses kognitif dari seseorang atau individu untuk memberikan arti terhadap lingkungan, sehingga masing-masing individu akan memberikan arti sendiri-sendiri terhadap stimuli yang diterima walaupun stimuli itu sama. Pengetahuan merupakan aspek pokok untuk menentukan perilaku seseorang untuk menyadari dan tidak maupun untuk mengatur perilakunya sendiri. Pengetahuan dapat dijelaskan sebagai pengenalan terhadap kenyataan yang ada atau prinsip-prinsip yang diperoleh dengan pengalaman. Penelitian Rogers (1974) perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*Long lasting*). Sebaliknya apabila

perilaku itu sendiri tidak disadari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung (Simons, B G, Greene, W H, and Gottlieb, N H, 1995).

Pengetahuan seseorang terhadap sesuatu diperoleh dari berbagai informasi dan berbagai sumber. Pengetahuan diperoleh dari pendidikan yang direncanakan dan tersusun secara baik, maupun informasi yang tidak tersusun secara baik. Pendidikan yang direncanakan diperoleh melalui pelatihan-pelatihan dan pendidikan formal, sedangkan informasi yang tidak tersusun secara baik melalui membaca surat kabar, membaca majalah, pembicaraan setiap hari dengan teman dan keluarga, mendengarkan radio, melihat televisi dan berdasarkan pengalaman diri (Mantra, 1993). Kunci untuk menguji pengetahuan melalui berbagai materi pertanyaan kepada responden sesuai dengan pengetahuan yang akan diikuti dengan pertanyaan-pertanyaan tentang bagaimana pengetahuan, penerapannya dan analisisnya (Simons, B G, Greene, W H, and Gottlieb, N H, 1995).

Pengetahuan dapat juga diartikan sebagai pengakuan sesuatu terhadap sesuatu atau disebut putusan, sehingga pada dasarnya pengetahuan dan putusan itu sama. (Poedjawijatna, I R, 1998).

Pengetahuan seseorang terhadap sesuatu diperoleh dari berbagai informasi dan berbagai sumber. Pengetahuan diperoleh dari pendidikan yang direncanakan dan tersusun secara baik, maupun informasi yang tidak tersusun secara baik. Pendidikan yang direncanakan diperoleh

melalui pelatihan-pelatihan dan pendidikan formal, sedangkan informasi yang tidak tersusun secara baik melalui membaca surat kabar, membaca majalah, pembicaraan setiap hari dengan teman dan keluarga, mendengarkan radio, melihat televisi dan berdasarkan pengalaman diri (Mantra, 1993).

Pengetahuan merupakan fungsi dan sikap. Menurut fungsi ini manusia mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Unsur-unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan diketahui individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa sehingga tercapai suatu pengetahuan yang konsisten. Pengetahuan seseorang terhadap sesuatu diperoleh dari berbagai informasi dan berbagai sumber. Pengetahuan diperoleh dari pendidikan yang direncanakan dan tersusun secara baik, maupun informasi yang tidak tersusun secara baik. Pendidikan yang direncanakan diperoleh melalui pelatihan-pelatihan dan pendidikan-pendidikan formal, sedangkan informasi yang tidak tersusun secara baik melalui membaca surat kabar, majalah, pembicaraan sehari-hari dengan teman dan keluarga, mendengarkan radio, melihat televisi dan berdasarkan pengalaman diri (Mutiara, 1993). Kunci untuk menguji pengetahuan melalui berbagai materi pertanyaan kepada responden sesuai dengan pengetahuan yang akan diikuti dengan pertanyaan-

pertanyaan tentang bagaimana pengetahuan, penerapannya dan analisisnya (Simon-Morton *et al.*, 1995).

Tingkatan pengetahuan di dalam domain kognitif terdapat 6 tingkatan yakni : (1) tahu (*know*) artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah; (2) memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang telah paham terhadap objek atau materi yang harus dapat dijelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan sebagaimana terhadap objek yang dipelajari; (3) aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya); (4) analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menggunakan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain; (5) sintesis (*synthesis*) adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang telah ada, misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan dan sebagainya dengan rumusan-rumusan yang telah ada; (6) evaluasi

(*evaluation*), ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada (Notoadmodjo, 1997).

4. Pembedahan

a. Pengertian

Pembedahan atau operasi yaitu setiap tindakan yang dikerjakan oleh ahli bedah (Laksman, 1997) khususnya tindakan memakai alat-alat. Pembedahan ialah suatu cabang ilmu kedokteran yang khusus mengobati pasien dengan cara pembedahan (Dep Kes RI, 1989)

Keperawatan pembedahan atau keperawatan perioperasi adalah asuhan keperawatan yang diberikan dalam 3 bagian yaitu pre operasi, intra operasi dan post operasi. Tahap pre operasi adalah persiapan pasien ketika masuk rumah sakit sampai hari menjelang operasi. Tahap intra operasi adalah tahap ketika seorang pasien menjalani operasi. Sedangkan post operasi adalah perawatan pasien di ruang sadar dengan mengobservasi keadaan umum pasien dan mencegah komplikasi.

Adapun sifat pembedahan (Seminar Perawat Kamar Bedah dalam menyongsong era global 2004) ada 4 :

- 1) Bedah Optional yaitu pembedahan pilihan

- 2) Bedah elektif, tindakan bedah dilakukan bila waktunya memungkinkan (seperti memperbaiki luka bakar)
- 3) Operasi Urgen, tindakan bedah yang memerlukan perhatian secepat mungkin (seperti perdarahan dari rahim, perut atau usus).
- 4) Operasi Emergensi, pembedahan darurat, segera dilaksanakan dan mengancam jiwa.

Alasan pembedahan meliputi :

- 1) Bedah Diagnostik : untuk penentuan jenis penyakit dan penerapannya
- 2) Bedah eksploratif : untuk menegakkan diagnosa menentukan luas atau besarnya proses patologis atau penelusuran tindakan mencari menyelidiki atau memeriksa secara seksama.
- 3) Bedah Rekonstruktif : untuk memulihkan fungsi organ / jaringan yang rusak
- 4) Bedah konstruktif : untuk perbaikan malformasi congenital.
- 5) Bedah paliatif : untuk mengetahui gejala akhir suatu proses penyakit.

Anestesi / pembiusan yang digunakan untuk operasi ada beberapa hal diantaranya:

- 1) Anestesi umum / general : hilangnya unsur perasaan terutama nyeri di sertai kehilangan kesadaran.

- 2) Anestesi lokal / setempat : pati rasa pada daerah terbatas dengan menghilangkan daya hantam saraf regional.
- 3) Anestesi lumbal (spinal) : patirasa dengan menyertakan obat anestesi ke dalam ruang extradural terusan tulang belakang.
- 4) Anestesi Sakral, sama dengan anestesi spinal tetapi letaknya di daerah sakrum.

Tehnik pembedahan dapat dilakukan melalui:

- 1) Insisi, direncanakan dengan tepat dengan memperhatikan bentuk, arah dan ukuran. Umumnya insisi dibuat sepanjang garis kulit normal. Pada reoperasi, tiap usaha harus dibuat menggunakan insisi semula. Insisi harus tegak lurus pada permukaan epidermis. Tapi kulit harus ditangani dengan hati-hati untuk memperkecil nekrosis yang mungkin mengarah infeksi / diperlambat penyembuhan.
- 2) Diseksi, penguraian dengan menyayat jaringan menggunakan pisau.

Adapun komplikasi pembedahan meliputi :

- 1) Demam dan Infeksi
- 2) Komplikasi luka (Hematom, serosa, kegagalan luka)
- 3) Komplikasi respirator (Atelektasi, pneumoni aspirasi, odema paru, gagal respirasi akut)
- 4) Komplikasi neurologis dan psikologis.

b. Proses Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka bedah meliputi beberapa fase, yaitu inflamasi, regenerasi, proliferasi dan maturasi :

1) Fase Inflamasi

Pada jaringan yang luka segera melakukan respon homeostasis, terjadi vaso konstriksi dan bekuan fibrio platele terbentuk dalam upaya mengontrol perdarahan, odema dan peningkatan leukosit di area luka. Fase ini berakhir kira-kira 3 hari.

2) Fase Regenerasi

Sel epidermal membentuk sel epidermal yang baru, pada permukaan luka yang sering disebut replikasi. Jika sel epitel sudah menutup seluruh permukaan luka, sel akan melakukan replikasi diri dan meningkatkan jumlah lapisan seluler epidermis untuk membentuk epidermis yang sehat.

3) Fase Proliferasi

Jaringan granulasi yang terdiri dari matrik kolagen bersama dengan makrofag, fibroblast dan kapiler membutuhkan jaringan parut pada luka. Proses ini berlangsung 4 hari setelah perlukaan sampai kira-kira hari ke 21 pada proses penyembuhan yang normal.

4) Fase Maturasi

Ini merupakan tahap terakhir dari proses penyembuhan luka. Pada fase ini fibroblast mulai berkurang, sintesis kolagen stabil serabut kolagen menjadi meningkat memperkuat penutupan jaringan luka. Proses ini berlangsung 10 – 12 minggu.

c. Persiapan Sebelum Pembedahan (Pra bedah)

Persiapan Pembedahan menurut Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 1989 :

1) Persiapan Sosiopsikologis (keuangan dan mental)

Persiapan pembedahan hendaklah dimulai segera setelah dokter menentukan bahwa pembedahan diperlukan untuk seorang pasien. Dokter mengatakan kepada pasien dan keluarganya bahwa pembedahan perlu dan menjelaskan mengapa perlu dilakukan dan apa yang harus dilakukan, dan akibat apa yang mungkin dihadapi. Ia membicarakan lamanya pasien harus dirawat di RS, biayanya, berapa lama pasien tak bisa masuk kantor dan cacat atau akibat-akibat sampingan yang mungkin akan terjadi, berapa banyak waktu yang diperlukan pasien untuk membuat persiapan yang perlu yang berhubungan dengan keluarganya, persoalan keuangan dan pekerjaannya.

Perawat hendaklah mengetahui informasi apa saja yang telah diberikan kepada pasien, sehingga ia bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan pasien dengan cekatan dan bisa memulai perawatan sebelum pembedahan. Kebanyakan pasien ragu-ragu meminta kepada dokter untuk mengulangi keterangannya dan seringkali bingung memahami segala sesuatu yang telah diberitahukan. Maka seringkali mereka berpaling kepada perawat untuk penjelasan untuk diulangi lagi. Perawat bisa saja ditanyai tentang

kemampuan ahli bedah, berapa banyak yang diketahuinya telah sembuh dari pembedahan yang serupa, dan tentang rumah sakit. Perawat bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan ini sesuai dengan kenyataan yang ada dan dengan cara sedemikian rupa, sehingga pasien tumbuh kepercayaannya terhadap dokter, staf perawat dan rumah sakit.

Kegiatan perawat pada hari pre operasi berpusat pada persiapan pasien dan kebutuhannya yang mendesak. Perawat terutama memperhatikan keadaan emosi pasien, memeriksa kondisi fisiknya, dan mempersiapkan secara fisik untuk menerima anestesi. Ia harus paling dulu menemui pasien dan memperoleh kepastian tentang keadaan emosionalnya dan fisiknya. Meskipun rata-rata pasien tidak mengemukakan perasaan takutnya, tetapi mungkin saja mereka merasakan hal itu. Rasa takut dapat ditentramkan dengan menjelaskan semua prosedur, dan seandainya pembedahan itu harus ditunda meskipun hanya selama setengah jam, maka pasien dan keluarganya haruslah diberitahu. Para anggota keluarga hendaklah diizinkan melihat pasien sebelum pembedahan dan berada bersama pasien jika mereka menginginkannya. Jika pasien sangat cemas mengenai pembedahannya dan menyatakan rasa takut tentang kesudahannya, perawat hendaklah memberitahu kepada dokter.

Pasien dan keluarganya hendaklah juga diberitahu tentang persiapan yang akan diikutinya di Rumah Sakit sebelum pembedahan. Tanggung

jawab memberikan petunjuk sebelum pembedahan kepada pasien terutama dibebankan kepada perawat yang merawatnya di Rumah Sakit. Pasien dan keluarganya diberitahu seberapa jauh persiapan sebelum pembedahan yang harus dilakukan dan kira-kira memakan waktu berapa lama. Maksud pemeriksaan badan, rontgen, dan pemeriksaan lainnya hendaklah dijelaskan kepada mereka. Juga hendaklah dijelaskan tentang suntikan, urusan sebelum pembedahan, pemberian obat, dan bercukur, dan mengapa ia tak boleh makan dan minum untuk sementara. Ia sebaiknya mengetahui apa sebabnya tekanan darahnya berkali-kali diukur dan sebab-sebab pemeriksaan dan perawatan lainnya. Pasien dan keluarganya akan menjadi lebih ketakutan atau cemas karena hal-hal yang tidak mereka ketahui. Vital sign diukur, apakah dalam batas normal atau abnormal, jika mengalami abnormal perawat harus memberitahukan kepada dokter bedah. Adanya tanda-tanda dan gejala-gejala infeksi pernafasan dan ekspresi rasa sakit yang baru atau berbeda hendaklah dilaporkan kepada dokter. Anestesi dan pembedahan memperburuk kondisi seperti itu dan menimbulkan komplikasi pembedahan.

Meskipun pasien mungkin mengutarakannya atau pula tidak, kebanyakan mereka merasa takut kalau menghadapi pembedahan. Ketakutan itu disebabkan karena mereka tidak tahu, atau juga didasarkan pada sesuatu yang mereka dengar dari kawan-kawan atau anggota keluarga yang menceritakan pengalaman mereka dibedah. Mereka

mungkin pernah mengenal seseorang yang meninggal akibat pembedahan. Mereka mungkin cemas akan diagnosanya cemas akan anestesi, rasa sakit, noda bekas luka atau cacat tubuh. Pasien yang lebih tua seringkali mengeluh kalau-kalau setelah pembedahan ia akan menjadi beban keluarga. Perawat mungkin bisa membantu pasien mengatasi rasa takutnya. Ia harus senantiasa mendampingi pasien dan memberinya segala kesempatan untuk mengajukan pertanyaan. Jika keadaan staf memungkinkan perawat yang sama itu hendaknya ditugaskan untuk khusus merawat pasien tersebut guna menumbuhkan hubungan baik antara pasien dan perawat. Perawat bisa mengusahakan agar pasien dan keluarganya selalu mengetahui dan memberikan penjelasan tentang setiap prosedur dan pemeriksaan. Dengan sikapnya yang penuh wibawa perawat bisa menumbuhkan kepercayaan, perawat bisa mengatur agar pasien tersebut bisa berbicara dengan pasien lain yang telah berhasil pulih kesehatannya dari pembedahan yang sama, perlunya mereka menjenguknya sesering mungkin untuk menunjukkan kepadanya bahwa ia memang dicintai dan dihargai keluarganya. Seringkali pula pasien sangat menaruh kepercayaan pada kerohaniwan dan akan merasa senang jika bisa berbicara dengannya. Jika pasien memperlihatkan sikap prihatin atau merasa tertekan dan menangis, mengasingkan diri dari tamu-tamunya dan pasien lain, tak mau makan, tak bisa tidur, perawat hendaknya

berkonsultasi dengan dokter dan dengan bantuannya berusaha memastikan sebab dari tingkah laku pasien.

Sebelum menjalani pembedahan pasien akan diminta menandatangani izin pembedahan. Tujuannya adalah melindungi dokter dan rumah sakit terhadap gugatan pembedahan tanpa izin dan melindungi pasien terhadap pembedahan tanpa sanksi. Pasien hendaklah diberitahu sepenuhnya mengenai jenis pembedahan yang akan dilaksanakan. Izin hendaknya dimintakan untuk tiap pembedahan dan untuk tiap prosedur yang menyangkut bagian dalam rongga badan. Izin tertulis adalah yang paling aman dan hendaknya disaksikan oleh perawat, dokter, atau pejabat yang berwenang lainnya. Jika pasien masih dibawa umur izin harus diperoleh dari orang tuanya atau walinya yang sah. Tanda tangan dari suami atau istri dari orang yang dibawah umur dapat diterima. Dalam keadaan darurat, dokter bisa membedah tanpa izin tertulis dari pasien atau keluarganya, meskipun segala usaha dilakukan untuk menghubungi beberapa anggota keluarganya. Tanda tangan itu hendaknya diperoleh tanpa tekanan dan sebelum pasien diberi obat penenang. Pada bab ini jelaskan alasan mengapa harus dilakukan seksio sesaria, apabila masih ragu berikan keterangan pada pasien dan keluarganya untuk penjelasan ulang, jelaskan resiko yang mungkin terjadi baik yang diduga atau tak terduga, berikan kesempatan pada pasien dan keluarga sudah mengerti mintalah persetujuan dengan menandatangani formulir ijin operasi.

2) Persiapan fisik

Baik pembedahan dan anestesi mengakibatkan perubahan-perubahan pada tubuh, dan pasien hendaklah berada pada kondisi yang sebaik mungkin untuk menahan perubahan-perubahan. Diusahakan memperoleh riwayat penyakit pasien yang sekarang dan yang dahulu dan diadakan pemeriksaan badan yang menyeluruh, termasuk pemeriksaan laboratorium untuk memastikan keadaan fisik pasien dan menemukan penyakit lain, jika ada. Meskipun tidaklah selalu mungkin menyembuhkan penyakit lain yang ada sebelum pembedahan, tetapi mengetahui adanya penyakit-penyakit tersebut mempengaruhi perawatan pasien sebelum pembedahan dilakukan. Diperiksa ulang apakah sudah lengkap pemeriksaan yang diperlukan seperti darah rutin, fungsi hati, fungsi ginjal, gula darah (untuk seksio sesarea elektif). Untuk seksio sesarea emergensi cukup pemeriksaan Hb, Ht dan golongan darah. Selain itu yang tak kalah penting adalah pemasangan infus dan kateter.

Jika pembedahan itu akan dilakukan agak siang keesokan harinya atau akan dilakukan dengan anestesi local atau anestesi lumbal makan pasien boleh diberi makan dan minum sampai enam jam sebelum pembedahan. Jika pembedahan itu akan dilakukan dengan anestesi yang menyeluruh keesokan paginya, biasanya pasien hanya diizinkan minum sampai tengah malam sebelumnya dan sesudah batas waktu itu lewat mulutnya, karena ada kemungkinan bahaya ia akan muntah selama dalam anestesi dan

menghisap isi perutnya ke dalam paru-paru. Jika ternyata mendapatkan, bahwa beberapa saat sebelum pembedahan pasien makan atau minum perawat akan memberitahukan dokter bedah apakah akan dikeluarkan isinya atau ditunda terlebih dahulu. Sebelum pembedahan dilakukan isinya atau ditunda terlebih dahulu. Sebelum pembedahan dilakukan pasien juga akan dilakukan urus-urus dan diberikan secara perlahan-lahan akan memberikan hasil yang lebih baik.

Adalah penting agar pasien beristirahat sebelum pembedahan. Obat-obat penenang diberikan sebelum dimulai. Perawat hendaklah seringkali menengok pasien di malam hari dan jika pasien tak bisa tidur perawat hendaklah berusaha membuatnya merasa nyaman dan mendampingiya selama mungkin. Jika diperlukan obat bius kedua atau obat penghilang rasa sakit lainnya, maka haruslah diberikan paling sedikit empat jam sebelum diberikan obat sebelum pembedahan (Preoperative medication). Ini akan mencegah sesak nafas yang disebabkan efek kumulatif dari obat-obatan ini. Jika sudah terlambat untuk memberikan obat dengan cara yang aman kepada pasien dan jika pasien merasa gelisah atau merasa sakit, maka dokter haruslah dikonsul. Kecuali jika pasien direncanakan akan menjalani pembedahan pagi-pagi sekali, maka ia hendaklah dibiarkan tidur dan jangan diganggu oleh prosedur – prosedur yang rutin.

Pemberian obat penenang dapat diberikan kepada pasien untuk mengurangi gangguan refleksi yang disebabkan oleh rasa nyeri, takut, dan

bertambahnya kecepatan metabolisme. Perawat haruslah memberikan obat sebelum pembedahan itu pada saat yang telah ditentukan karena sebelum anestesi bisa diberikan dengan aman obat-obat pengatur pernafasan sudah harus bekerja secara penuh. Setelah obat diberikan hendaklah diawasi pasien dengan cermat kalau – kalau terjadi gangguan pernafasan atau peredaran darah karena terlalu peka atau kemungkinan overdosis. Semua prosedur persiapan sebelum pembedahan sudah harus dirampungkan perawat sebelum ia memberikan obat. Hendaklah dicegah terjadinya kegaduhan keadaan yang tergesa-gesa dan membingungkan, dan lingkungan pasien

Perawatan kulit bertujuan membuat kulit mungkin dan bebas dari bakteri tanpa menimbulkan radang atau kerusakan pada kulit tanpa mengganggu fungsinya yang wajar sebagai pelindung tubuh dan tanpa menghambat proses sembuhnya luka operasi. Bila tersedia waktu yang cukup seperti halnya dalam pembedahan tidak darurat, dokter menyarankan pasien menggunakan sabun yang mengandung hexachlorepen untuk membersihkan bagian kulit yang akan dibedah beberapa hari sebelum operasi guna membantu mengurangi organisme pada kulit. Dan untuk bidang operasi yang akan di bedah hendaklah dicukur bidang operasinya, mintalah intruksi yang tegas dari dokter bedah berapa luas yang perlu dicukur.

Persiapan Pembedahan menurut Pedoman kerja di IBS RSUD Sragen, meliputi :

- 1) Persiapan : persiapan operasi terdiri dari persiapan administrasi, fisik dan mental.
- 2) Persiapan administrasi meliputi perawat mendaftarkan ke bagian IBS meliputi nama, diagnosa penyakit, jenis tindakan, dokter operator, waktu operasi, perawat ruang koordinasi dengan IBS dalam hal konsultasi dengan dokter anestesi.
- 3) Persiapan fisik meliputi perawat mempersiapkan semua hasil pemeriksaan penunjang (lab, ECG, RO dll) bila ada hasil yang meragukan segera lapor kepada dokter operator atau anestesi, perawat melakukan tindakan persiapan operasi sesuai dengan jenis operasi dan anestesi mencakup lavemant bila perlu, puasa, mencukur daerah operasi, melepas protese bila ada, perawat menjaga kebersihan pasien – pasien kalau perlu dimandikan, menghindari pemakaian lipstick, cat kuku dan perhiasan dan bila memerlukan darah maka perawat memintakan pengantar untuk dikoordinasikan dengan instalasi laboratorium.
- 4) Persiapan mental meliputi perawat memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tujuan operasi, perawat menyiapkan informed consent untuk diisi oleh pasien dan keluarga, perawat

memberikan penjelasan tentang prosedur operasi, perawat menghubungi bagian kerohanian untuk memberikan doa sebelum operasi.

Persiapan bedah menurut buku ajar bedah pengarang Oswari, 1995 meliputi :

- 1) Peringkat pra bedah meliputi surat persetujuan operasi, puasa, BAB / BAK bila perlu, kebersihan kulit, antibiotika, steroid, obat jantung, obat lain yang sering digunakan pasien, cairan Intra vena.
- 2) RO
- 3) Darah untuk transfusi
- 4) Hasil Pemeriksaan laboratorium
- 5) ECG
- 6) Masalah kesehatan tertentu yang membutuhkan konsultasi
- 7) Alergi atau tidak.

Pengkajian pra bedah menurut HIPKABI Jateng, meliputi :

- 1) Faktor resiko bedah, mencakup : Usia, status nutrisi, keseimbangan cairan elektrolit, kesehatan umum, medikasi, antibiotika, diuretik, kesehatan mental dan sikap pasien.
- 2) Pemeriksaan fisik, mencakup :Pemeriksa jantung, infeksi ISPA, penyakit ginjal, penyakit neurologis yang tidak terkontrol (misalnya DM, epilepsi), penyakit hati (serosis)

- 3) Riwayat kesehatan, mencakup : pemahaman pasien tentang operasi, pengalaman operasi sebelumnya. Hasil yang diharapkan dari operasi, penggunaan medikasi, kebiasaan merokok dan minum alkohol, nama-nama anggota keluarga yang penting bagi pasien
- 4) Screening Test, meliputi : analisa darah, urine, feses, radiologi dan lain-lain.

5. Hernia

Nama penyakit ini berasal dari bahasa Latin, *herniae*, yang berarti penonjolan isi suatu rongga melalui jaringan ikat tipis yang lemah (defek) pada dinding rongga itu. Dinding rongga yang lemah itu membentuk suatu kantong dengan pintu berupa cincin. Gangguan ini sering terjadi di daerah perut dengan isi yang keluar berupa bagian dari usus (Hartanto, 2007).

Hernia merupakan protusi atau penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Terdapat beberapa poin penting dalam hernia, yaitu : defek/bagian yang lemah dari dinding rongga, kantong hernia, isi hernia, dan cincin hernia (daerah penyempitan kantong hernia akibat defek tersebut) (Admin, 2007)

Menurut Long (1996) ,macam-macam hernia adalah:

- 1) Inguinal, terdiri dari indirek dan direk. Pada keadaan indirek batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti cairan sperma masuk ke

dalam kanalis inguinalis, sedangkan direk batang usus melewati dinding bagian posterior, umumnya terjadi pada orang tua.

- 2) Femoral : Batang usus melewati femoral kebawah kedalam kanalis femoralis.
- 3) Umbikikal : Batang usus melewati cincin umbilical.
- 4) Incisional : Batang usus atau organ lain menonjol melalui jaringan perut yang melemah.
- 5) Skrotalis : kantung hernia terletak didalam makromaster terletak anteromedial terhadap vasdeferens dan struktur lain dalam tali sperma.

Faktor predisposisi hernia adalah meningkatnya tekanan intra abdominal seperti mengangkat barang berat, batuk kronis, gangguan buang air besar dan gangguan buang air kecil, juga banyak berteriak dan menangis keras.(Nawawi,2007).

Pada orang dewasa hernia terjadi karena dua faktor utama yaitu adanya otot dinding rongga, misalnya perut, yang lemah dan dorongan yang menyebabkan tekanan di dalam rongga perut meningkat. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi pada usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada wanita, kegemukan juga dapat memungkinkan timbulnya daerah yang lemah. Keadaan-keadaan itu, jika ditambah dengan faktor kedua tadi,

dapat mengakibatkan usus terdorong ke dalam "daerah perbatasan" yang lemah tadi dan menonjol ke luar.

Pendapat lain menyatakan, kebiasaan merokok, penyakit yang mengenai jaringan ikat, dan penyakit gula (diabetes melitus) juga dapat mempengaruhi timbulnya hernia. Ketiganya berkaitan dengan gangguan metabolisme pada jaringan ikat (Hartanto,2007)

Membutuhkan waktu lama bagi hernia untuk berkembang, tapi bisa saja langsung berkembang dengan cepat. Hernia disebabkan kombinasi antara lemahnya otot dan tegangan otot, meski penyebab lemahnya otot atau tegangnya otot sangat beragam. Hernia umum terjadi pada bayi atau anak-anak. Kebanyakan yang didiagnosis menderita hernia telah memiliki kelemahan otot atau lemahnya lapisan *tissue* perut sejak lahir. Pada kasus seperti ini, menegangkan otot tidak menyebabkan hernia. Hanya, membuat hernia menampak dan menyakitkan. (republika.co.id,2007).

Penyebab hernia inguinalis lateralis menurut Sjamsuhidajat, 1997 adalah keadaan yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdomenc, seperti: kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengagkat badan berat, mengejan pada saat defekasi dan mengejan pada saat miksi,misalnya: hipertropi prostate dan kelemahan dinding otot abdomen arena usia atau secara congenital.

Menurut Grace & Borley, 2007, proses terjadinya hernia adalah

- 1) Defek pada dinding abdomen dapat congenital (misalnya hernia umbilikal, kanalis femoralis) atau didapat (misalnya akibat suatu insisi) dan dibatasi oleh peritoneum (kantong).
- 2) Peningkatan tekanan intra abdomen (misalnya omentum, lengkung usus halus) keluar melalui celah tersebut.
- 3) Isi usus yang terjebak menyebabkan inkarserasi (ketidakmampuan mengurangi isi) dan kemungkinan strangulasi.

Pada hernia dapat dilakukan penatalaksanaan secara konservatif dan operatif. Cara konservatif hanya dilakukan pada hernia yang isinya masih dapat kembali ke rongga perut (reponible). Yaitu dengan mengatasi faktor-faktor predisposisi. Cara konservatif bukan penatalaksanaan yang ideal. Operasi harus dilakukan segera pada keadaan pasase usus terganggu (isi terkurung dalam kantong hernia/inkarserata) atau terdapat gangguan vaskularisasi (terjepit/strangulata). (Nawawi,2007)

B. Penelitian yang Relevan

Penelitian tentang informed consent, kecemasan dan pengetahuan telah banyak dilakukan oleh sejumlah peneliti. Peneliti itu antara lain : (1) Penelitian tentang hubungan antara pendidikan kesehatan dengan kecemasan pasien pra bedah (Pamungkas, 2007). Penelitian ini mengungkapkan adanya hubungan yang erat dan signifikan antara variabel pendidikan kesehatan dengan kecemasan. (2) Penelitian tentang

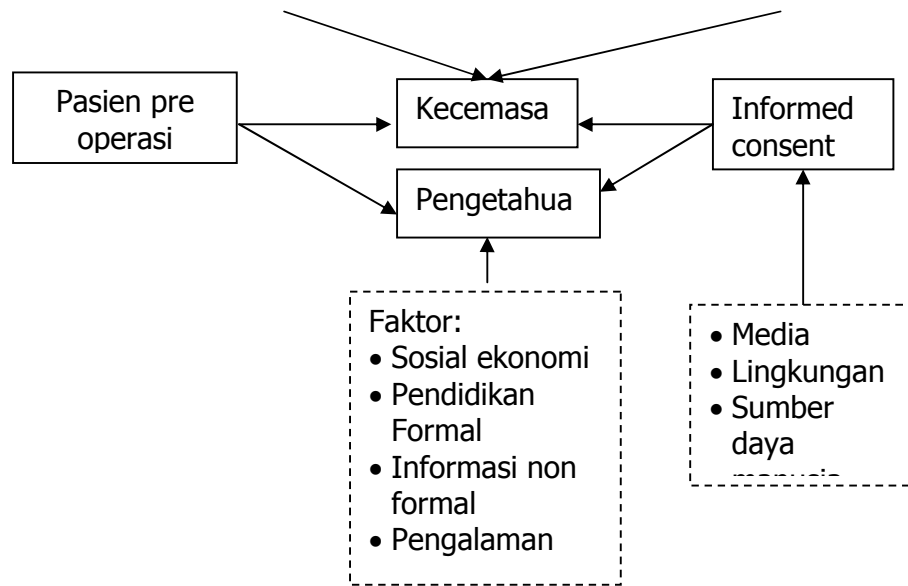
hubungan karakteristik demografi dengan kecemasan pra bedah di RSI Amal Sehat Sragen (Nuryanto, 2005). Penelitian ini mengungkapkan adanya hubungan yang erat dan signifikan antara karakteristik demografi dengan kecemasan pra bedah. (3) Penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan tentang hidup sehat di wilayah Puskesmas Nusukan Solo (Setyowati, 2005). Penelitian ini juga mengungkapkan hubungan yang erat dan signifikan antara pendidikan kesehatan dengan pengetahuan.

Berdasarkan pada penelaahan studi diatas, penelitian yang akan dilakukan ini merupakan penelitian lanjutan peneliti - peneliti terdahulu.

C. Kerangka Pemikiran

Faktor eksternal
:
• Sosial ekonomi
• Hospitalisasi
• Lama menunggu
individual energi

Faktor internal:
• Pengetahuan pasien
• Usia
• Diagnosa penyakit



□ : yang diteliti

⋯ : tidak diteliti

Gambar 1. Kerangka Pemikiran

D. Hipotesis

Berdasarkan konsep penelitian dapat dirumuskan hipotesisnya adalah:

1. Ada pengaruh informed consent terhadap kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen.
2. Ada pengaruh informed consent terhadap pengetahuan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian tentang pengaruh informed consent terhadap penurunan kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Sragen merupakan penelitian kuantitatif, karena menekankan analisisnya pada data numerikal yang diolah dengan metode statistik (Sugiono, 2004). Penelitian ini dirancang sebagai penelitian *Quasi- eksperimen two group design*, karena penelitian ini menggunakan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

X_1 ————— O_1
 X_2 ————— O_2

Keterangan :

O_1 : Tingkat kecemasan dan pengetahuan yang dilakukan perlakuan

X : Perlakuan (Pemberian Informed Consent).

O_2 : Tingkat kecemasan dan pengetahuan yang tidak dilakukan perlakuan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian yaitu RSUD Sragen Jl. Raya Sukowati no.534.

Waktu penelitian yang dilakukan bulan September - November 2008.

C. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian adalah pasien yang menjalani operasi hernia di RSUD Sragen. Metode yang digunakan untuk mendapatkan sampel dalam penelitian ini menggunakan pendekatan purposif yaitu merupakan skema pencuplikan yang bertujuan untuk mendapatkan subyek- subyek yang memiliki sejumlah karakteristik tertentu atau mendapatkan kelompok- kelompok penelitian yang sebanding dalam karakteristik tertentu (Bhisma Murti, 2006: 67). Sebagai sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang menjalani operasi hernia di RSUD Sragen selama bulan September - November 2008.

Kriteria pasien yang menjadi subyek yang akan diteliti terbagi menjadi dua yaitu :

1. Kreteria inklusi :

- a. Pasien pre operasi hernia .
- b. Usia : 18 th keatas.
- c. Jenis kelamin : laki-laki dan perempuan.
- d. Bersedia jadi responden.

2. Kreteria eksklusi :

- a. Bayi atau anak-anak di bawah usia 18th.
- b. Pasien yang menolak jadi responden.
- c. Lansia yang sudah tidak bisa berkomunikasi dengan baik.

Desain sampling yang dipakai dalam penelitian ini adalah *exhaustive sampling*, dimana semua populasi dipakai sebagai sampel penelitian (Murti, 2006:85). Besarnya populasi pasien pra bedah di RSUD Sragen tiap bulan rata-rata 15-25 orang. Jadi semua pasien yang datang pada bulan September – November 2008 yang memenuhi kreteria inklusi dijadikan sample penelitian, yaitu 60 orang terdiri 30 sampel perlakuan dan 30 sampel kontrol. Dari 60 sampel yang digunakan dalam penelitian ini, diambil secara random sebagai sampel perlakuan dan sampel kontrol. Dimulai 1 sampel sebagai perlakuan dilanjutkan 1 sampel kontrol dan seterusnya sampai tercapai sampel yang diperlukan.

D. Variabel Penelitian

Pada penelitian ini variabel bebas (independen) adalah Informed Consent. Sedangkan yang menjadi variable terikat (dependen) adalah Kecemasan dan Pengetahuan Pasien Pre Operasi Hernia.

E. Definisi Operasional

Tabel. 1 Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi operasional | Parameter | Cara Ukur | skala |
|----|----------|----------------------|-----------|-----------|-------|
|----|----------|----------------------|-----------|-----------|-------|

| | | | | | |
|----|------------------|---|--|---|--------------|
| 1. | Informed consent | Suatu kegiatan untuk menyampaikan informasi tindakan medik kepada pasien untuk mendapat persetujuan . | Bentuk perlakuan terhadap responden dalam penyampaian pesan kesehatan. | Semua Responden Diberikan Perlakuan =A, Tanpa perlakuan =B | katago rikal |
| 2. | Kecemasan | Kecemasan adalah dimana seseorang mengalami perasaan gelisah dan aktifitas syaraf otonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas, tidak spesifik | <i>Hamilton Anxiety Rate</i> | Kuesioner : Skor : Selalu:4 Sering:3 Pernah:2 Tidak pernah:1 | Kontin yu |

| | | | | | |
|---|-------------|--|---|--|----------|
| 3 | Pengetahuan | Hasil stimulasi informasi yang diperhatikan dan diingat yang menentukan fungsi dan sikap seseorang | Kuesioner tes tentang perbedaan, hernia dan perawatan | Kuesioner tes: Skor : Betul :1 Salah :0 | Kontinyu |
|---|-------------|--|---|--|----------|

F. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan alat instrument kuesioner yang berisi pertanyaan tentang kecemasan dan kuesioner tes pengetahuan. Pengukuran tingkat kecemasan pasien pre operasi hernia dilakukan menggunakan kuesioner menggunakan acuan *Hamilton Rating Scale-Anxiety (HRS-A)*.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas Instrumen

Pada penelitian ini menggunakan validitas isi dan muka. Validitas isi dilakukan dengan mengkonsultasikan semua instrumen kuesioner kepada

ahlinya sesuai dengan konsep insentif, rotasi dan teori kinerja perawat. Uji validitas muka dilakukan terhadap seorang ahli atau seseorang yang memahami tata bahasa dalam penyusunan kuesioner.

Berdasarkan konsultasi yang dilakukan kepada pembimbing terhadap validitas isi dan validitas muka, instrumen kuesioner kecemasan dan pengetahuan dinyatakan valid

2. Reliabilitas

Untuk mengukur reliabilitas alat ukur yang dipergunakan adalah menggunakan konsep reliabilitas konsistensi internal. Masing-masing pernyataan diuji konsistensinya terhadap variabel penelitian dengan menggunakan *Alpha Cronbach* Teknik ini dipilih karena merupakan pengujian konsistensi yang cukup sempurna. Pengujian ini menggunakan panduan komputer program *SPSS for Windows*.

Persamaan *Alpha Cronbach*, sebagai berikut :

$$R_{11} = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[\frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Dimana :

r_{11} = Reliabilitas instrumen

K = Banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma_b^2$ = Jumlah varian butir

σ_1^2 = Varian total

Uji reliabilitas hanya dilakukan atas data yang telah diuji validitasnya dan dinyatakan valid. Dalam penelitian ini, uji reliabilitasnya menggunakan α . Hasil dari uji reliabilitas dinyatakan dengan koefisien alpha yang mencerminkan koefisien reliabilitas dari seluruh item yang terdapat dalam suatu variabel yang sedang diuji.

Hasil uji analisis reliabilitas *Alfa Cronbach's* didapatkan bahwa instrumen kuesioner kecemasan secara keseluruhan memiliki nilai 0.862 dengan nilai corrected item – total correlation masing – masing di atas 0.20. Nilai *Alfa Cronbach's* pengetahuan adalah 0.873 dengan nilai corrected item – total correlation di atas 0.20. Hasil *Alfa Cronbach's* lebih besar dari 0.6 dan corrected item – total correlation lebih dari 0.20 dapat disimpulkan bahwa instrumen kuesioner reliabel. Hasil selengkapnya dapat dilihat dalam lampiran.

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Editing

Mengedit juga berarti melihat apakah data dari konsisten atau tidak. (Nazir, 2003 : 347). Editing bertujuan meneliti kembali jawaban yang telah ada. Editing juga dilakukan di lapangan, bila ada kekurangan data dapat segera dilengkapi.

2. Koding dan Penetapan Skor / Nilai

Koding digunakan untuk mempermudah peneliti dalam memproses pengolahan data. Skoring untuk variabel tentang kecemasan menggunakan skala Likert dan pengetahuan menggunakan kuesioner tes.

- Pengukuran variabel tentang kecemasan pasien pre operasi hernia menggunakan item-item pernyataan yang berjumlah 23 item. Alternatif jawaban masing-masing item adalah sebagai berikut : jika responden menjawab selalu diberi skor 4 (empat); sering diberi skor 3 (tiga); pernah diberi skor 2 (dua); dan tidak pernah diberi skor 1 (satu). Nilai total skor pengukuran kecemasan adalah 92, dengan skor terendah 23 dan skor tertinggi 92. Pengukuran variabel pengetahuan menggunakan pernyataan dengan kriteria benar atau salah. Jawaban benar diberikan skor 1 dan jawaban salah diberikan skor 0. Nilai total skor pengetahuan 10, dengan skor terendah 0 dan skor tertinggi 10.

3. Tabulasi Data

Membuat tabulasi termasuk dalam kerja memproses data. Membuat tabulasi tidak lain adalah memasukkan data ke dalam tabel-tabel, dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori (Nazir, 2003 : 335).

4. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dapat dilakukan dengan suatu jenis analisis, yaitu analisis deskriptif dan analisis multivariat.

a. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif merupakan salah satu bentuk analisis univariate. Analisis deskriptif merupakan pengolahan data dari proses tabulasi menjadi data yang mudah dipahami dan diinterpretasikan. Analisa deskriptif dengan menyajikan data responden dalam bentuk persentase (%).

b. Analisis Multivariat

Untuk mengetahui perbedaan kecemasan dan pengetahuan antara pasien pre operasi hernia yang diberi informed consent dan tidak mendapat informed consent dianalisis dengan metode t-test (Arikunto, 2006).

$$\text{Rumus : } t = \frac{Mx - My}{\left(\frac{\Sigma x^2 + \Sigma y^2}{Nx + Ny - 1} \right) \left(\frac{1}{Nx} + \frac{1}{Ny} \right)}$$

Keterangan :

N_x : Jumlah pasien pre operasi hernia tidak diberi informed consent.

N_y : Jumlah pasien pre operasi hernia yang akan diberi informed consent

M_x : Rata-rata indeks kecemasan/pengetahuan pasien tidak diberi informed consent

M_y : Rata-rata indeks kecemasan/pengetahuan pasien pre operasi hernia diberi informed consent.

X : Deviasi setiap nilai x .

Y : Deviasi setiap nilai y .

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum RSUD Kabupaten Sragen

RSUD Kab. Sragen didirikan pada tahun 1958 berklasifikasi type D, Pada tahun 1995 RSUD Kab.Sragen menjadi type C tertuang dalam SK Bupati Sragen Nomor : 445/461/011/1995 dan pada tahun 1999 RSUD menjadi swadana tertuang dalam Perda Nomor 7 Tahun 1999 hingga sekarang RSUD Kabupaten Sragen menjadi Rumah Sakit Negeri type C Swadana. Kini RSUD Sragen tengah mempersiapkan diri untuk menjadi rumah sakit type B.

2. Karakteristik Data Responden

Jumlah responden yang diteliti adalah 60 orang responden terdiri dari 30 responden dengan perlakuan informed consent dan 30 responden lainnya tanpa informed consent. Gambaran responden yang diperoleh sebagai berikut :

a. Deskripsi tingkat pendidikan pasien pre operasi hernia di RSUD

Kab. Sragen

Tabel 2. Distribusi frekuensi tingkat pendidikan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| NO | PENDIDIKAN | FREKUENSI | | PERSENTASE (%) | |
|----|------------|-----------|---------|----------------|---------|
| | | PERLAKUAN | KONTROL | PERLAKUAN | KONTROL |
| 1 | SD | 12 | 8 | 20 | 13.3 |
| 2 | SLTP | 9 | 11 | 15 | 18.3 |
| 3 | SLTA | 6 | 6 | 10 | 10 |
| 4 | PT | 3 | 5 | 5 | 8.3 |

Dari tabel 2 diatas menunjukkan tingkat pendidikan terbanyak adalah SD untuk sample perlakuan dan 50 untuk sample control. Sedangkan tingkat pendidikan yang terkecil adalah Perguruan tinggi baik perlakuan maupun control.

b. Deskripsi kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab.

Sragen

Tabel 3. Distribusi frekuensi kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| INFORMED CONSENT | MEAN | SD |
|------------------|-------|-------|
| - YA | 40.87 | 20.04 |
| - TIDAK | 67.07 | 22.07 |

Dari table 3 di atas menunjukkan kecemasan pasien pre operasi hernia yang mendapat informed consent rata-rata 40.87, sedangkan yang tidak mendapat informed consent memiliki mean 67.07.

c. Deskripsi pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab.

Sragen

Tabel 4 Distribusi frekuensi pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| INFORMED CONSENT | MEAN | SD |
|------------------|------|------|
| - YA | 5.25 | 3.07 |
| - TIDAK | 3.27 | 2.39 |

Dari table 4 di atas menunjukkan pengetahuan pasien pre operasi hernia yang mendapat informed consent rata- rata 5.25, sedangkan yang tidak mendapat informed consent memiliki mean 3.27.

d. Deskripsi hubungan antara umur dengan kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

Tabel 5 Hubungan antara umur dengan kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| Umur | Nilai r | |
|-----------|-----------|---------|
| | Perlakuan | Kontrol |
| Kecemasan | 0.427 | 0.433 |

Dari tabel 5 di atas menunjukkan adanya hubungan antara umur dan kecemasan pada pasien pre operasi hernia baik pada responden dengan perlakuan maupun kontrol yaitu kelompok perlakuan sebesar $r = 0.427$ dan kelompok kontrol sebesar $r = 0.433$.

e. Deskripsi hubungan antara pendidikan dengan kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

Tabel 6 Hubungan antara pendidikan dengan kecemasan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| Kecemasan | Mean | | SD | |
|------------|-----------|---------|-----------|---------|
| | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol |
| Pendidikan | | | | |
| - SD | 59.50 | 80.67 | 23.78 | 8.78 |
| - SLTP | 35.18 | 65.00 | 12.41 | 25.87 |
| - SLTA | 40.33 | 52.83 | 17.87 | 20.98 |
| - PT | 24.20 | 47.33 | 2.68 | 23.18 |

Dari tabel 6 di atas menunjukkan pendidikan SD memiliki kecemasan dengan mean tertinggi yaitu 59.50 untuk responden perlakuan dan 23.78 responden kontrol, sedangkan mean terkecil responden dengan pendidikan Perguruan Tinggi yaitu 24.20 dan 2.68

f. Deskripsi hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

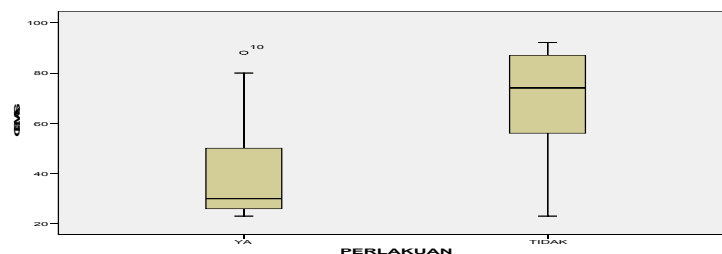
Tabel 7 Hubungan antara pendidikan dengan pengetahuan pasien pre operasi hernia di RSUD Kab. Sragen

| Pengetahuan | Mean | | SD | |
|-------------|-----------|---------|-----------|---------|
| | Perlakuan | Kontrol | Perlakuan | Kontrol |
| Pendidikan | | | | |
| - SD | 6.25 | 1.08 | 3.28 | 1.92 |
| - SLTP | 7.09 | 2.40 | 1.51 | 3.44 |
| - SLTA | 7.50 | 3.27 | 1.87 | 4.45 |
| - PT | 8.80 | 1.53 | 2.19 | 5.67 |

Dari tabel 7 di atas menunjukkan pendidikan Perguruan Tinggi memiliki pengetahuan dengan mean tertinggi yaitu 8.80 untuk responden perlakuan, sedangkan mean terkecil responden dengan pendidikan SD yaitu 6.25 pada responden perlakuan.

3. Hasil analisis varians

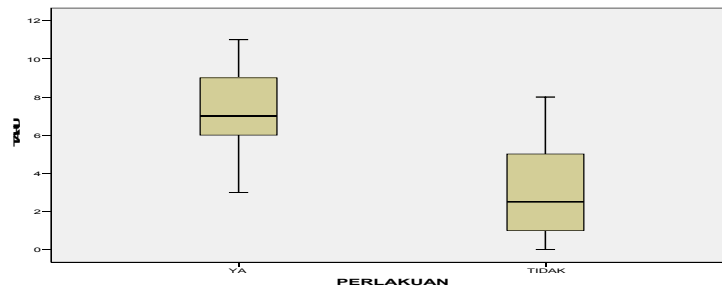
Pengaruh informed consent terhadap kecemasan dengan perhitungan t-tes menggunakan komputer SPSS versi 15.0 dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2. Pengaruh informed consent terhadap kecemasan

Berdasarkan gambar 2 di atas menunjukkan pasien yang mendapatkan informed consent memiliki skor cemas yang lebih rendah (kecemasan lebih rendah) bila dibandingkan pasien yang tidak mendapatkan informed consent.

Pengaruh informed consent terhadap pengetahuan dengan perhitungan t-tes menggunakan komputer SPSS versi 15.0 dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3. Pengaruh informed consent terhadap pengetahuan

Berdasarkan gambar 3 di atas menunjukkan pasien yang mendapatkan informed consent memiliki skor pengetahuan yang lebih tinggi (pengetahuan lebih tinggi) bila dibandingkan pasien yang tidak mendapatkan informed consent.

4. Hasil Analisa T Test

Data data penelitian dianalisis dengan analisis t-test dengan bantuan program aplikasi statistik SPSS for Windows versi 15.0 dan dapat dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 8. Hasil analisis T Tes tentang pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia

| Variabel | Mean Difference | P | Confidence Interval 95% | |
|-------------------|-----------------|-------|-------------------------|------------|
| | | | Batas bawah | Batas atas |
| Kecemasan | 0 | - | - | - |
| - Tanpa Perlakuan | 26.2 | 0.000 | 15.31 | 37.09 |
| - Perlakuan | | | | |
| Pengetahuan | 0 | - | - | - |
| - Tanpa Perlakuan | 3.97 | 0.000 | 2.75 | 5.18 |
| - Perlakuan | | | | |

Tabel 8 di atas menunjukkan bahwa pemberian informed consent berpengaruh terhadap kecemasan sebesar 26.2 poin lebih baik dibanding tanpa informed consent. Perbedaan tersebut secara statistik signifikan ($p=0.000$). Demikian pula pengaruh pemberian informed consent terhadap pengetahuan sebesar 3.97 poin lebih baik daripada tanpa informed consent. Perbedaan tersebut secara statistic signifikan ($p=0.000$)

B. PEMBAHASAN

Penelitian ini untuk menguji ada tidaknya pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia. Responden yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 60 orang yang

terdiri dari 30 orang dengan perlakuan informed consent dan 30 orang tanpa perlakuan.

Hasil penelitian ini mendukung hipotesis bahwa terdapat pengaruh informed consent yang secara statistik signifikan terhadap kecemasan pasien pre operasi hernia ($p=0.000$).

Hal ini membuktikan secara teori bahwa pemberian informed consent yang dilakukan jelas dan dengan bahasa yang dimengerti pasien atau keluarga dapat menurunkan kecemasan pasien pre operasi.

Pasien yang mendapatkan informed consent memiliki kecemasan yang lebih rendah dibandingkan yang tidak mendapat informed consent. Hal ini sesuai pendapat Arif widodo (2003), bahwa informed consent yang diberikan dapat memberikan dorongan moril dan motivasi bagi pasien sehingga dapat menurunkan kecemasan pre operasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Carbonel (2002) yang menyimpulkan bahwa kecemasan dapat diturunkan melalui upaya memupuk kemauan dan motivasi agar yang bersangkutan berani dan mampu memecahkan segala kesulitan hidup. Informed consent sebagai salah satu cara untuk memberikan jalan adjustment yang sehat (motivator).

Fakta empiris lainnya yang memperkuat hasil penelitian ini adalah Arif widodo (2003) yang menyatakan bahwa informasi sebelum operasi yang

diberikan atau dijelaskan kepada pasien kurang jelas atau sulit dimengerti maka kecemasan pasien semakin tinggi dan sebaliknya.

Pendapat lain yang sesuai adalah Caplan & Saock (1997) menyatakan bahwa kecemasan pasien pre operasi dapat timbul karena tingkat pengetahuan pasien sehingga perlu dilakukan pendidikan kesehatan sebelum pembedahan.

Tingkat pendidikan responden yang banyak terjadi kecemasan adalah pendidikan SD. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan formal yang diperoleh responden dapat mempengaruhi pengalaman dan mekanisme pertahanan diri dalam memecahkan masalah sehingga dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi maka kecemasan semakin rendah.

Hubungan antara umur dan kecemasan menunjukkan $r = 0.427$. Hal ini sesuai teori bahwa kecemasan dapat dipengaruhi oleh factor- factor internal termasuk umur. Dengan bertambahnya umur akan menambah pengalaman dan meningkatkan mekanisme coping dalam pemecahan masalah secara mandiri.

Hasil analisis t-test dalam penelitian ini juga menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan ($p=0.000$) antara informed consent dengan pengetahuan pada pasien pre operasi hernia.

Hipotesis ini membuktikan teori bahwa pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun non formal. Pemberian informed

consent merupakan upaya pemberian informasi secara non formal kepada pasien dan keluarga dalam persiapan menghadapi pembedahan.

Pemberian informed consent pada pasien menunjukkan tingkat pengetahuan pasien lebih tinggi dibandingkan yang tidak mendapatkan. Sesuai pendapat Mantra (1993), bahwa informed consent dilakukan dengan didahului pendidikan kesehatan, sehingga akan meningkatkan pengetahuan pasien tentang kesehatannya. Pendidikan kesehatan merupakan upaya memperoleh pengetahuan secara non formal (ceramah dan wawancara), dengan tujuan agar pasien mendapatkan informasi tentang penyakit, prosedur dan persiapan pelaksanaan pembedahan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Morton (1995) yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat diperoleh melalui informasi formal dan non formal. Informasi non formal dapat diperoleh melalui pendidikan kesehatan dari informed consent pasien pre operasi.

Pendapat lain yang sesuai adalah Mantra (1993), bahwa pengetahuan dapat terbentuk melalui pemberian informasi baik dari pendidikan formal maupun non formal, dimana informed consent merupakan salah satu penyampaian informasi sehingga menambah pengetahuan pasien pre operasi.

Menurut Rogers (1974), perilaku yang didasari oleh pengetahuan , kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan langgeng (Long Lasting).

Responden yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi juga memiliki pengetahuan yang lebih tinggi. Pendidikan formal yang diperoleh responden menambah pengetahuan dan wawasan sehingga pemahaman yang dimiliki juga lebih tinggi termasuk informasi-informasi tentang kesehatan.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian informed consent dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan pengetahuan pasien pre operasi hernia. Proses pemberian informed consent melibatkan tenaga kesehatan yang meliputi upaya pendidikan kesehatan dan peningkatan motivasi pasien dalam menghadapi pembedahan. Informasi yang diberikan akan menambah pengetahuan pasien dan sebagai motivasi untuk menurunkan kecemasan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Ada pengaruh yang signifikan ($0.000 < 0.05$) antara informed consent dengan kecemasan pasien pre operasi hernia. Adanya pengaruh ini berarti pemberian informed consent dapat menurunkan kecemasan terhadap pasien pre operasi hernia.
2. Ada pengaruh yang signifikan ($0.000 < 0.05$) antara informed consent dengan pengetahuan pasien pre operasi hernia. Pemberian informed consent merupakan tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan dengan cara pendidikan kesehatan kepada pasien atau keluarga. Pendidikan kesehatan ini meningkatkan pengetahuan pasien.

B. IMPLIKASI

1. Implikasi Teoritis

Dari hasil penelitian ini, bahwa pemberian informed consent berpengaruh terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia. Hasil penelitian ini membuktikan kebenaran teori tentang kecemasan dan pengetahuan. Kecemasan dapat diturunkan melalui adjustment yang sehat, antara lain memupuk kemauan dan motivasi melalui informed consent. Pengetahuan dapat ditingkatkan melalui pendidikan. Pendidikan kesehatan diperoleh antara lain melalui informed consent.

60

2. Implikasi Institusi

Bagi RSUD Kabupaten Sragen hasil ini dapat memberikan konsekuensi bahwa untuk menurunkan kecemasan dapat dilakukan dengan pemberian informed consent yang baik, yaitu informed consent yang didahului pendidikan kesehatan dan pemahaman oleh pasien. Begitu juga pengetahuan pasien pre operasi hernia akan meningkat sejalan dengan pelaksanaan informed consent yang baik.

C. SARAN

1. Karena ada pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia maka disarankan setiap akan

dilakukan tindakan pembedahan khususnya pre operasi hernia agar diberikan informed consent yang baik yaitu melalui pendidikan kesehatan.

2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh informed consent terhadap kecemasan dan pengetahuan pasien pre operasi hernia, dengan mengendalikan factor- factor perancu yang mempengaruhi kecemasan dan pengetahuan pasien, misdalnya tingkat pendidikan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin, Nov 2007. *Faculty Of Medicine*.
<http://fkunsyiah.forumotion.com/artikel-f39>.
- Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan* (edisi revisi keempat). Jakarta.
- Aritama, Erwin, 2007. *Penugasan Artikel Ilmiah Ansietas Blok KBTI*. Universitas Islam Indonesia.
- Carbonel. David. A. 2002. *Anxiety Treatment Center, Ltd.*All right reserved Oktober 25, 2004, from [http://www., anxiety coach, com/](http://www.anxietycoach.com/)
- Depkes.R.I. 2007. *tujuan pembangunan kesehatan*.
[http://www.depkes.go.id /showis.php?tid=Tujuan#](http://www.depkes.go.id/showis.php?tid=Tujuan#)

- Grace & Boerley. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah* Edisi 3, penerbit Erlangga.
- Hadi, Sutrisno. 2002. *Metodologi Research*. Yogyakarta. Andi Ofset.
- Hartanto, Rudi. May 2006. *Ciri - ciri Hernia*.<http://students.stttelkom.ac.id/web/viewtopic.php?p=31156>
- Infokes. 2000. *Cemas*. www. Infokes. Com
- Kaplan & Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri klinis*, Edisi ketujuh. Penerbit Binayu Aksara. Jakarta.
- Long. B. C. 1996. *Perawatan Medical Bedah: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan* LPAK. Pajajaran. Bandung
- Mahfudz. Muh. 2006. *Hubungan Antara Informasi Pra Bedah Dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi Di RS PKU Muhammadiyah Surakarta*.
[http:// digilib. UMS. ac. Id.](http://digilib.UMS.ac.Id)
- Mantra L.B.1993. *Perilaku dalam Hubungannya dengan Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI
- Micelson, G. K., 2005. *Surgical Guide*. <http://www.sofamordanek.com/patientsurgery.html>.
- Murti, B. 2006. *Desain dan ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press.
- Nazir, Muhammad. 2003. *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Nawawi, Hilma. Selasa, 6 Feb 07 08:36 WIB. *Konsultasi Sehat Hernia*.
<http://www.eramuslim.com/konsultasi/sht/6720101320-hernia.htm>
- Notoatmodjo, Soekidjo. 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodelogi Pendidikan Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan PerilakuKesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2003. *Konsep Dan Penerapan Penelitian Ilmu Keperawatan*, Jakarta. Salemba Medika.

- Nuryanto. 2005. *Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kecemasan Pra Bedah di RSI Amal Sehat Sragen*. STIKES Ngudi waluyo: Skripsi
- Pamungkas. 2007. *Hubungan antara Pendidikan Kesehatan dengan kecemasan Pasien Pra bedah di RSUD Sragen*. UMS: Skripsi
- Poerwadarminta.1990. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Balai Pustaka, Jakarta
- Republika. Minggu 21 oktober 2007.
http://www.republika.co.id/koran_detail.asp?id=310798&kat_id=253
- Santoso, Dkk, 2005. *Pendidikan Kesehatan Bagian Dari Promosi Kesehatan*. Fitra Maya, Yogyakarta
- Setyowati. 2005. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan tentang Hidup Sehat di Wilayah Puskesmas Nusukan Solo*. STIKES Ngudi Waluyo: Skripsi
- Simon-Morton BG, Green WH, Gottlieb HH. 1995. *Introduction to Health Educational and Health Promotion*. USA. Elsevier Waveland Press. Inc
- Smith.A. F. dan Pittaway, A.J. 2002. *Reducing Anxiety Before Surgery*. www. Cochrane. Org.
- Stuart Gail, W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.
- Stuart & Sunden 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3 (Alih Bahasa) Jakarta. EGC.
- Sugiono. 2006. *Statistika Untuk Penelitian*. Penerbit Alfa Beta. Bandung.
- Widodo. Arif. 2003. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa I*. Surakarta, Penerbit UMS
(tidakdipublikasikan)
- Winardi. 1996. *Managemen Perilaku Organisasi*. PT Citra Aditya Bakti, Bandung

Lampiran 1

Kepada Yth.

Responden Penelitian

Di tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian berjudul :

“ Pengaruh informed consent Terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi hernia di RSUD Kabupaten Sragen”

Dengan ini kami mohon kepada bapak/ ibu/ saudara/ i untuk mengisi daftar pertanyaan yang saya ajukan. Sebagai suatu penelitian ilmiah, maka kerahasiaan identitas bapak/ ibu/ saudara/i akan tetap terjaga.

Atas perhatiannya diucapkan banyak terima kasih.

Hormat saya,

Penulis

IDENTITAS RESPONDEN

Nama

:

.....

Umur

:

.....

Jenis Kelamin : Pria / Wanita

Pendidikan

:

.....

PETUNJUK PENULISAN

1. Mohon agar dibaca dengan teliti
2. Isilah identitas saudara secara lengkap dan jelas
3. Jawablah semua pertanyaan dengan lengkap
4. Berilah tanda (√) pada jawaban yang paling sesuai menurut pendapat saudara.

A. Questioner tentang kecemasan yang diadopsi dari Hamilton Rating Scale- Anxiety (HRS-A) yang diisi responden sebelum diberikan informed consent

Berilah tanda (V) pada kolom jawaban sesuai dengan keadaan anda saat ini. Jawaban anda sejujurnya dan reaksi anda yang pertama pada umumnya adalah yang terbaik.

| No. | Pernyataan | Skala nilai | | | |
|-----|--|-------------|--------|--------|--------------|
| | | Selalu | Sering | Pernah | Tidak pernah |
| 1. | Apakah anda sering merasa cemas dan selalu mempunyai firasat buruk ? | | | | |
| 2. | Apakah anda merasa mudah terkejut? | | | | |
| 3. | Apakah anda merasa mudah menangis? | | | | |
| 4. | Apakah anda merasa gemetar? | | | | |
| 5. | Apakah anda merasa gelisah? | | | | |
| 6. | Apakah anda sering merasa ketakutan ? | | | | |
| 7. | Apakah anda susah berkonsentrasi? | | | | |
| 8. | Apakah anda merasa mudah lupa? | | | | |
| 9. | Apakah anda merasakan nyeri otot? | | | | |
| 10. | Apakah anda merasa gigi gemerutuk? | | | | |
| 11. | Apakah anda merasa jantung berdebar-debar? | | | | |
| 12. | Akhir-akhir ini apakah anda merasa nyeri dada? | | | | |
| 13. | Apakah anda merasa lemas seperti mau pingsan? | | | | |
| 14. | Apakah anda merasa tercekik? | | | | |
| 15. | Apakah anda merasa kesulitan menelan? | | | | |
| 16. | Apakah anda merasa muntah- muntah? | | | | |
| 17. | Akhir-akhir ini apakah anda merasa sembelit? | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 18 | Apakah anda merasa perut kembung? | | | | |
| 19 | Apakah anda merasa seing kencing atau tidak dapat menahan kencing? | | | | |
| 20 | Apakah anda merasa telinga berdenging? | | | | |
| 21 | Apakah anda merasa penglihatan kabur? | | | | |
| 22 | Apakah anda merasakan mulut kering? | | | | |
| 23 | Apakah anda mudah berkeringat? | | | | |
| | | | | | |
| | Jumlah skor | | | | |
| | TOTAL | | | | |

Lampiran 2

**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN
(SAP)**

Materi informasi : Persiapan pembedahan hernia.

Sasaran : Pasien yang akan menjalani operasi hernia

Tempat : RSUD Sragen

Waktu : ± 30 menit

A. Latar Belakang

Dari hasil studi pendahuluan di RSUD Sragen dari bagian rekam medis rata-rata tiap bulan pada tahun 2007 terdapat 15-25 penderita yang menjalankan operasi hernia. Dari penderita yang akan dilakukan pembedahan pada kasus diatas 10% dilakukan penundaan karena peningkatan kecemasan. Kecemasan yang terjadi dapat berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah, sehingga tindakan pembedahan ditunda.

Untuk itu pasien yang akan menjalani operasi perlu diberikan informet consent untuk mendapatkan pengetahuan dan

menurunkan tingkat kecemasan. Sedangkan pemberian informet consent di RSUD Sragen kurang dilaksanakan dengan baik.

B. Tujuan Pemberian informet consent

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses pemberian informet consent tentang persiapan pembedahan hernia diharapkan penderita mendapat pengetahuan dan mengurangi kecemasan .

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tentang penyakit Hernia
- b. Mengetahui alasan akan dilakukan operasi.
- c. Mengetahui tentang pembedahan
- d. Mengatahui tentang prosedur dan persiapan sebelum pembedahan
- e. Mengetahui tentang pengertian kecemasan
- f. Mengetahui dampak dari kecemasan

C. Metode

1. Ceramah
2. Diskusi

D. Media

Leaflet

E. Materi

1. Pengertian pembedahan, hernia, kecemasan.
2. Persiapan-persiapan yang dilakukan sebelum pembedahan.
3. Cara mengatasi kecemasan.

F. Kegiatan.

| No. | Kegiatan Penyuluh | Kegiatan Peserta | Waktu |
|-----|--|---------------------------------------|------------|
| 1. | Pendahuluan a. Memberi Salam b. Perkenalan c. Menyampaikan Tujuan | a. Menjawab b. Mendengarkan | ± 5 menit |
| 2. | Kegiatan Inti Memberikan penjelasan tentang : a. Pengertian pembedahan, hernia, kecemasan. b. Persiapan-persiapan yang dilakukan sebelum pembedahan | a. Memperhatikan b. Bertanya | ± 15 menit |
| 3. | Penutup a. menyimpulkan materi penyuluhan. b. Memberikan <i>Reinforcement</i> positif bagi pasien yang telah diberikan informet consent. c. Memberikan salam penutup. | a. Memperhatikan b. Menjawab salam | ± 10 menit |

G. Evaluasi Belajar

1. Sebutkan pengertian tentang penyakit Hernia
2. Sebutkan alasan akan dilakukan operasi.
3. Sebutkan pengertian operasi atau pembedahan

4. Sebutkan tentang prosedur dan persiapan sebelum pembedahan
5. Sebutkan pengertian kecemasan
6. Sebutkan dampak dari kecemasan

MATERI

INFORMASI TENTANG PERSIAPAN PASIEN PRE OPERASI HERNIA

A. HERNIA

1. Pengertian Hernia.

Nama penyakit ini berasal dari bahasa Latin, herniae, yang berarti penonjolan isi suatu rongga melalui jaringan ikat tipis yang lemah (defek) pada dinding rongga itu. Dinding rongga yang lemah itu membentuk suatu kantong dengan pintu berupa cincin. Gangguan ini sering terjadi di daerah perut dengan isi yang keluar berupa bagian dari usus.

Hernia merupakan protusi atau penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga yang bersangkutan. Terdapat beberapa poin penting dalam hernia, yaitu : defek/bagian yang lemah dari dinding rongga, kantung hernia, isi hernia, dan cincin hernia (daerah penyempitan kantung hernia akibat defek tersebut)

2. Macam-macam Hernia.

Macam-macam hernia adalah:

- 6) Inguinal.
 - 1) Indirek: Batang usus melewati cincin abdomen dan mengikuti cairan sperma masuk ke dalam kanalis inguinalis.
 - 2) Direk : batang usus melewati dinding bagian posterior, umumnya terjadi pada orang tua.
- 7) Femoral : Batang usus melewati femoral kebawah kedalam kanalis femoralis.
- 8) Umbilikal : Batang usus melewati cincin umbilikal.
- 9) Incisional : Batang usus atau organ lain menonjol melalui jaringan perut yang melemah.
- 10) Skrotalis : kantung hernia terletak didalam m kromaster terletak anteromedial terhadap vasdevferens dan struktur lain dalam tali sperma.

3. Faktor Penyebab.

Faktor predisposisi hernia adalah meningkatnya tekanan intra abdominal seperti mengangkat barang berat, batuk kronis, gangguan buang air besar dan gangguan buang air kecil, juga banyak berteriak dan menangis keras.

Pada orang dewasa hernia terjadi karena dua faktor utama

:

- a. Adanya otot dinding rongga, misalnya perut, yang lemah.
- b. Dorongan yang menyebabkan tekanan di dalam rongga perut meningkat. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi pada usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada wanita, kegemukan juga dapat memungkinkan timbulnya

daerah yang lemah. Keadaan-keadaan itu, jika ditambah dengan faktor kedua tadi, dapat mengakibatkan usus terdorong ke dalam "daerah perbatasan" yang lemah tadi dan menonjol ke luar.

Pendapat lain menyatakan, kebiasaan merokok, penyakit yang mengenai jaringan ikat, dan penyakit gula (diabetes melitus) juga dapat mempengaruhi timbulnya hernia. Ketiganya berkaitan dengan gangguan metabolisme pada jaringan ikat

Membutuhkan waktu lama bagi hernia untuk berkembang, tapi bisa saja langsung berkembang dengan cepat. Hernia disebabkan kombinasi antara lemahnya otot dan tegangan otot, meski penyebab lemahnya otot atau tegangnya otot sangat beragam. Hernia umum terjadi pada bayi atau anak-anak. Kebanyakan yang didiagnosis menderita hernia telah memiliki kelemahan otot atau lemahnya lapisan *tissue* perut sejak lahir. Pada kasus seperti ini, menegangkan ototmu tidak menyebabkan hernia. Hanya, membuat hernia menampak dan menyakitkan.

Penyebab hernia inguinalis lateralis (Sjamsuhidajat, 1997)

- a. Keadaan yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdomenc, seperti: kehamilan, batuk kronis, pekerjaan mengagkat badan berat, mengejan pada saat defekasi dan mengejan pada saat miksi, misalnya: hipertropi prostate.
- b. Kelemahan dinding otot abdomen arena usia atau secara congenital.

4. Penatalaksanaan.

Pada hernia dapat dilakukan penatalaksanaan secara konservatif dan operatif. Cara konservatif hanya dilakukan pada hernia yang isinya masih dapat kembali ke rongga perut (reponible). Yaitu dengan mengatasi faktor-faktor predisposisi. Cara konservatif bukan penatalaksanaan yang ideal. Operasi harus dilakukan segera pada keadaan pasase usus terganggu (isi terkurung dalam kantung hernia/inkarserata) atau terdapat gangguan vaskularisasi (terjepit/strangulata).

B. PEMBEDAHAN

1. Pengertian

Pengertian operasi atau pembedahan adalah setiap tindakan yang dikerjakan oleh ahli bedah kususnya tindakan yang memakai alat-alat. Pembedahan adalah cabang ilmu kedokteran yang kusus mengobati pasien dengan cara pembedahan.

Keperawatan pembedahan atau keperawatan peri operasi adalah asuhan keperawatan yang diberikan dalam tiga bagian yaitu pre operasi: persiapan pasien ketika masuk rumah sakit sampai hari menjelang operasi, tahap intra operasi: tahap ketika seseorang menjalani operasi, dan tahap post operasi: perawat pasien diruang sadar dengan mengobservasi keadaan umum pasien dan mencegah komplikasi.

2. Alasan pembedahan

Alasan dilakukan pembedahan meliputi :

- a. Bedah Diagnostik : Untuk penentuan jenis penyakit dan penerapannya.
- b. Bedah Eksploratif : Untuk menegakkan diagnosa.

- c. Bedah Rekonstruktif : untuk memulihkan fungsi organ atau jaringan yang rusak.
- d. Bedah Konstruktif : untuk perbaikan malformasi congenital.

3. Penilaian Prabedah

Praktik prabedah dewasa ini berdasarkan pemahaman akan pentingnya penilaian dan perencanaan prabedah. Memahami kasus bedah yang dihadapi serta didukung oleh pengetahuan tentang keadaan fisiologis pasien secara menyeluruh adalah sangatlah penting. Hal tersebut bias diperoleh dari :

- a. Anamnesis riwayat suatu penyakit.

Riwayat perjalanan penyakit sebaiknya ditanyakan secara lengkap. Suatu catatan yang lengkap mengenai latar belakang kesehatan haruslah dapat diperoleh, termasuk penyakit yang sedang diderita, penyakit-penyakit yang pernah diderita, dan penyakit-penyakit yang berhubungan dengan itu.

- b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara menyeluruh harus mutlak dilakukan. Seluruh bagian dari tubuh pasien harus diperiksa secara sistematis, meskipun tidak ada gejala yang spesifik pada daerah itu.

- c. Tes laboratorium

Sampai saat ini, praktek standar pada pembedahan mengharuskan agar beberapa test laboratorium.

4. Persiapan pembedahan atau operasi

- a. Tanganilah gangguan yang mempengaruhi resiko sebanyak mungkin.
- b. Tanda persetujuan secara tertulis.

Sang penderita dan keluarganya harus diberikan mengenai semua kemungkinan yang dapat terjadidalam terapi itu.

c. Catatan sebelum pembedahan.

Ahli bedah harus meninggalkan catatan pada status sang penderitadengan menuliskan latar belakang, penemuan-penemuan, dan indikasi untuk operasi itu.

d. Pesan-pesan sebelum pembedahan untuk melengkapi persiapan penderita:

1) Persiapan kulit, bersihkan daerah operasi dari segala kotoran dipermukaan kulit atau disekeren.

2) Diet, penderita tidak boleh makan makanan padat selama 12jam dan minum cairan selama 8jam sebelum pembedahan.

3)

5. Teknik Pembedahan.

a. Insisi, direncanakan dengan tepat dengan memperhatikan bentuk, arah, dan ukuran. Umumnya insisi dibuat sepanjang garis kulit normal.

b. Diseksi, penguraian dengan menyayat jaringan menggunakan pisau.

6. Komplikasi.

Adapun komplikasi pembedahan meliputi:

a. Demam dan infeksi.

b. Komplikasi luka.

c. Komplikasi respiratori (pneumoni respirasi, edema paru, gagal respirasi akut).

d. Komplikasi neurologis dan psikologis

Daftar Pustaka

1. Admin, Nov 2007. *Faculty Of Medicine*.
<http://fkunsyiah.forumotion.com>
2. Grace & Boerley. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah* Edisi 3,
penerbit Erlangga
3. Hartanto , Rudi. May 2006. *Ciri – ciri Hernia* .<http://students.stttelkom.ac.id>
4. Nawawi, Hilma. Selasa, 6 Feb 07 08:36 WIB. *Konsultasi Sehat Hernia*.
<http://www.eramuslim.com/konsultasi/sht/6720101320hernia.htm>
5. Stuart Gail, W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5.
Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta.

Lampiran 3

DATA RESPONDEN PENELITIAN

| RESP | UMUR | SEX | PEND | CEMAS | TAHU |
|------|------|-----|------|-------|------|
| 1 | 41 | 1 | 1 | 30 | 8 |
| 1 | 51 | 1 | 1 | 42 | 11 |
| 1 | 52 | 1 | 2 | 26 | 10 |
| 1 | 46 | 1 | 4 | 23 | 11 |
| 1 | 30 | 1 | 2 | 23 | 9 |
| 1 | 32 | 1 | 3 | 27 | 7 |
| 1 | 29 | 1 | 3 | 50 | 5 |
| 1 | 55 | 1 | 3 | 26 | 8 |
| 1 | 56 | 1 | 1 | 28 | 4 |
| 1 | 57 | 1 | 1 | 88 | 4 |
| 1 | 62 | 1 | 1 | 76 | 5 |
| 1 | 60 | 1 | 2 | 28 | 6 |
| 1 | 59 | 1 | 2 | 26 | 7 |
| 1 | 49 | 1 | 2 | 36 | 8 |
| 1 | 47 | 1 | 3 | 37 | 10 |
| 1 | 55 | 1 | 1 | 56 | 11 |
| 1 | 47 | 1 | 4 | 23 | 10 |
| 1 | 49 | 1 | 4 | 23 | 10 |
| 1 | 50 | 1 | 2 | 26 | 6 |
| 1 | 70 | 1 | 1 | 80 | 3 |
| 1 | 65 | 1 | 1 | 76 | 4 |
| 1 | 62 | 1 | 2 | 48 | 6 |
| 1 | 54 | 1 | 4 | 23 | 6 |
| 1 | 33 | 1 | 4 | 29 | 7 |
| 1 | 55 | 1 | 3 | 30 | 6 |
| 1 | 45 | 1 | 2 | 48 | 5 |
| 1 | 47 | 1 | 3 | 72 | 9 |
| 1 | 50 | 1 | 2 | 29 | 6 |
| 1 | 51 | 1 | 2 | 35 | 8 |
| 1 | 54 | 1 | 2 | 62 | 7 |
| 2 | 56 | 1 | 1 | 92 | 2 |
| 2 | 47 | 1 | 2 | 88 | 1 |
| 2 | 62 | 1 | 1 | 75 | 0 |
| 2 | 63 | 1 | 1 | 76 | 2 |
| 2 | 55 | 1 | 3 | 44 | 6 |
| 2 | 30 | 1 | 4 | 36 | 7 |
| 2 | 37 | 1 | 4 | 32 | 4 |
| 2 | 40 | 1 | 3 | 72 | 1 |
| 2 | 46 | 1 | 3 | 80 | 0 |
| 2 | 55 | 1 | 2 | 59 | 2 |

| | | | | | |
|---|----|---|---|----|---|
| 2 | 57 | 1 | 1 | 92 | 1 |
| 2 | 52 | 1 | 2 | 92 | 3 |
| 2 | 55 | 1 | 2 | 82 | 2 |
| 2 | 60 | 1 | 1 | 76 | 3 |
| 2 | 62 | 1 | 1 | 74 | 4 |
| 2 | 64 | 1 | 1 | 74 | 2 |
| 2 | 45 | 1 | 3 | 23 | 8 |
| 2 | 49 | 1 | 2 | 26 | 6 |
| 2 | 53 | 1 | 1 | 88 | 1 |
| 2 | 64 | 1 | 1 | 74 | 2 |
| 2 | 61 | 1 | 1 | 68 | 3 |
| 2 | 55 | 1 | 3 | 56 | 7 |
| 2 | 54 | 1 | 2 | 64 | 5 |
| 2 | 39 | 1 | 4 | 74 | 6 |
| 2 | 65 | 1 | 1 | 87 | 2 |
| 2 | 53 | 1 | 2 | 64 | 1 |
| 2 | 59 | 1 | 2 | 87 | 3 |
| 2 | 61 | 1 | 1 | 92 | 1 |
| 2 | 49 | 1 | 3 | 42 | 5 |
| 2 | 57 | 1 | 2 | 23 | 8 |

Lampiran 4

RELIABILITAS

```

RELIABILITY
  /VARIABLES=tahu1 tahu2 tahu3 tahu4 tahu5 tahu6 tahu7 tahu8 tahu9
tahu10
tahu11
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE
  /SUMMARY=TOTAL MEANS .

```

Reliability

[DataSet0]

Warnings

The determinant of the covariance matrix is zero or approximately zero. Statistics based on its inverse matrix cannot be computed and they are displayed as system missing values.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 11 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 11 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .873 | .873 | 11 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|--------|------|----------------|----|
| tahu1 | 1.45 | .522 | 11 |
| tagu2 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu3 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu4 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu5 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu6 | 1.55 | .522 | 11 |
| tahu7 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu8 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu9 | 1.45 | .522 | 11 |
| tahu10 | 1.55 | .522 | 11 |
| tahu11 | 1.45 | .522 | 11 |

Summary Item Statistics

| | Mean | Minimum | Maximum | Range | Maximum / Minimum | Variance | N of Items |
|------------|-------|---------|---------|-------|-------------------|----------|------------|
| Item Means | 1.471 | 1.455 | 1.545 | .091 | 1.063 | .001 | 11 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| tahu1 | 14.73 | 11.618 | .751 | . | .850 |
| tagu2 | 14.73 | 12.018 | .628 | . | .859 |
| tahu3 | 14.73 | 12.818 | .394 | . | .875 |
| tahu4 | 14.73 | 11.618 | .751 | . | .850 |
| tahu5 | 14.73 | 12.618 | .451 | . | .871 |
| tahu6 | 14.64 | 12.855 | .384 | . | .875 |
| tahu7 | 14.73 | 11.618 | .751 | . | .850 |
| tahu8 | 14.73 | 12.218 | .568 | . | .863 |
| tahu9 | 14.73 | 11.618 | .751 | . | .850 |
| tahu10 | 14.64 | 12.855 | .384 | . | .875 |
| tahu11 | 14.73 | 12.218 | .568 | . | .863 |

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 16.18 | 14.564 | 3.816 | 11 |

```
SAVE OUTFILE='C:\Program Files\SPSS\tahure1.sav'
/COMPRESSED.
GET
```

```

FILE='C:\Documents and Settings\Administrator\My
Documents\ggn.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
/VARIABLES=cemas1 cemas2 cemas3 cemas4 cemas5 cemas6 cemas7
cemas8 cemas9
cemas10 cemas11 cemas12 cemas13 cemas14 cemas16 cemas17 cemas18
cemas19
cemas20 cemas21 cemas22 cemas23
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR COV
/SUMMARY=TOTAL MEANS .

```

Reliability

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Administrator\My Documents\ggn.sav

Warnings

The determinant of the covariance matrix is zero or approximately zero. Statistics based on its inverse matrix cannot be computed and they are displayed as system missing values.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 15 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 15 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .862 | .861 | 22 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|---------|------|----------------|----|
| cemas1 | 2.33 | 1.047 | 15 |
| cemas2 | 2.13 | 1.246 | 15 |
| cemas3 | 3.33 | .900 | 15 |
| cemas4 | 2.73 | 1.163 | 15 |
| cemas5 | 3.53 | .834 | 15 |
| cemas6 | 2.60 | 1.121 | 15 |
| cemas7 | 3.20 | .862 | 15 |
| cemas8 | 3.40 | .828 | 15 |
| cemas9 | 2.60 | 1.121 | 15 |
| cemas10 | 2.93 | 1.033 | 15 |
| cemas11 | 3.33 | .816 | 15 |
| cemas12 | 2.73 | 1.033 | 15 |
| cemas13 | 2.60 | 1.121 | 15 |
| cemas14 | 3.07 | .961 | 15 |
| cemas16 | 2.67 | .900 | 15 |
| cemas17 | 2.60 | 1.056 | 15 |
| cemas18 | 2.60 | 1.121 | 15 |
| cemas19 | 2.53 | 1.060 | 15 |
| cemas20 | 2.53 | 1.125 | 15 |
| cemas21 | 2.40 | .986 | 15 |
| cemas22 | 3.07 | 1.033 | 15 |
| cemas23 | 3.20 | .862 | 15 |

Summary Item Statistics

| | Mean | Minimum | Maximum | Range | Maximum / Minimum | Variance | N of Items |
|------------|-------|---------|---------|-------|-------------------|----------|------------|
| Item Means | 2.824 | 2.133 | 3.533 | 1.400 | 1.656 | .149 | 22 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Squared Multiple Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| cemas1 | 59.80 | 119.314 | .350 | . | .859 |
| cemas2 | 60.00 | 114.571 | .461 | . | .855 |
| cemas3 | 58.80 | 117.314 | .528 | . | .853 |
| cemas4 | 59.40 | 120.114 | .272 | . | .863 |
| cemas5 | 58.60 | 119.543 | .448 | . | .856 |
| cemas6 | 59.53 | 113.267 | .582 | . | .850 |
| cemas7 | 58.93 | 121.924 | .302 | . | .860 |
| cemas8 | 58.73 | 121.638 | .333 | . | .859 |
| cemas9 | 59.53 | 118.410 | .358 | . | .859 |
| cemas10 | 59.20 | 114.600 | .576 | . | .851 |
| cemas11 | 58.80 | 122.600 | .284 | . | .861 |
| cemas12 | 59.40 | 115.971 | .511 | . | .853 |
| cemas13 | 59.53 | 113.267 | .582 | . | .850 |
| cemas14 | 59.07 | 118.781 | .415 | . | .857 |
| cemas16 | 59.47 | 120.695 | .349 | . | .859 |
| cemas17 | 59.53 | 120.124 | .310 | . | .861 |
| cemas18 | 59.53 | 113.267 | .582 | . | .850 |
| cemas19 | 59.60 | 116.971 | .450 | . | .856 |
| cemas20 | 59.60 | 115.971 | .461 | . | .855 |
| cemas21 | 59.73 | 115.638 | .557 | . | .852 |
| cemas22 | 59.07 | 115.067 | .554 | . | .852 |
| cemas23 | 58.93 | 121.924 | .302 | . | .860 |

Scale Statistics

| Mean | Variance | Std. Deviation | N of Items |
|-------|----------|----------------|------------|
| 62.13 | 128.410 | 11.332 | 22 |

Lampiran 5

T-TEST

```

GROUPS = PERLAKUAN(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = CEMAS
/CRITERIA = CI(.95) .
    
```

T-Test

[DataSet0]

Group Statistics

| PERLAKUAN | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------|----|-------|----------------|-----------------|
| CEMAS YA | 30 | 40.87 | 20.041 | 3.659 |
| TIDAK | 30 | 67.07 | 22.066 | 4.029 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Me | | | |
|-------|-----------------------------|---|------|---------------------------|--------|-----------------|-----------------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference |
| CEMAS | Equal variances assumed | .201 | .656 | -4.814 | 58 | .000 | -26.200 |
| | Equal variances not assumed | | | -4.814 | 57.471 | .000 | -26.200 |

```
T-TEST
GROUPS = PERLAKUAN(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = TAHU
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

[DataSet0]

Warnings

The Independent Samples table is not produced.

```
T-TEST
GROUPS = PERLAKUAN(1 2)
/MISSING = ANALYSIS
/VARIABLES = TAHU
/CRITERIA = CI(.95) .
```

T-Test

[DataSet0]

Group Statistics

| PERLAKUAN | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------|----|------|----------------|-----------------|
| TAHU YA | 30 | 7.23 | 2.315 | .423 |
| TIDAK | 30 | 3.27 | 2.392 | .437 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variance | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|---------------------------------|--|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| TAHU Equal variance assumed | .053 | .819 | 6.528 | 58 | .000 | 3.967 | .608 | 2.750 | 5.183 |
| TAHU Equal variance not assumed | | | 6.528 | 57.938 | .000 | 3.967 | .608 | 2.750 | 5.183 |

PERLAKUAN

```

CORRELATIONS
/VARIABLES=UMUR CEMAS
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES XPROD
/MISSING=PAIRWISE .
    
```

Correlations

[DataSet0]

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------|-------|----------------|----|
| UMUR | 50.43 | 9.985 | 30 |
| CEMAS | 40.87 | 20.041 | 30 |

Correlations

| | | UMUR | CEMAS |
|-------|-----------------------------------|----------|-----------|
| UMUR | Pearson Correlation | 1 | .427* |
| | Sig. (2-tailed) | | .019 |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2891.367 | 2477.733 |
| | Covariance | 99.702 | 85.439 |
| | N | 30 | 30 |
| CEMAS | Pearson Correlation | .427* | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .019 | |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2477.733 | 11647.467 |
| | Covariance | 85.439 | 401.637 |
| | N | 30 | 30 |

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

CORRELATIONS

```

/VARIABLES=UMUR TAHU
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES XPROD
/MISSING=PAIRWISE .
    
```

DESCRIPTIVES

```

VARIABLES=PEND CEMAS
/STATISTICS=MEAN STDDEV .
    
```

MEANS

```

TABLES=CEMAS BY PEND
/CELLS MEAN COUNT STDDEV .
    
```

Means

[DataSet0]

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------|----------|---------|----------|---------|-------|---------|
| | Included | | Excluded | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| CEMAS * PEND | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |

Report

CEMAS

| PEND | Mean | N | Std. Deviation |
|-------|-------|----|----------------|
| SD | 59.50 | 8 | 23.779 |
| SLTP | 35.18 | 11 | 12.408 |
| SLTA | 40.33 | 6 | 17.874 |
| PT | 24.20 | 5 | 2.683 |
| Total | 40.87 | 30 | 20.041 |

MEANS

TABLES=TAHU BY PEND
/CELLS MEAN COUNT STDDEV .

Means

[DataSet0]

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------|----------|---------|----------|---------|-------|---------|
| | Included | | Excluded | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| TAHU * PEND | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |

Report

TAHU

| PEND | Mean | N | Std. Deviation |
|-------|------|----|----------------|
| SD | 6.25 | 8 | 3.284 |
| SLTP | 7.09 | 11 | 1.514 |
| SLTA | 7.50 | 6 | 1.871 |
| PT | 8.80 | 5 | 2.168 |
| Total | 7.23 | 30 | 2.315 |

TANPA PERLAKUAN

Correlations

[DataSet0]

Descriptive Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------|-------|----------------|----|
| UMUR | 53.50 | 8.796 | 30 |
| CEMAS | 67.07 | 22.066 | 30 |

Correlations

| | | UMUR | CEMAS |
|-------|-----------------------------------|----------|-----------|
| UMUR | Pearson Correlation | 1 | .433* |
| | Sig. (2-tailed) | | .017 |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2243.500 | 2435.000 |
| | Covariance | 77.362 | 83.966 |
| | N | 30 | 30 |
| CEMAS | Pearson Correlation | .433* | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .017 | |
| | Sum of Squares and Cross-products | 2435.000 | 14119.867 |
| | Covariance | 83.966 | 486.892 |
| | N | 30 | 30 |

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

Means

[DataSet0]

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------|----------|---------|----------|---------|-------|---------|
| | Included | | Excluded | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| TAHU * PEND | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |

Report

| TAHU | | | |
|-------|------|----|----------------|
| PEND | Mean | N | Std. Deviation |
| SD | 1.92 | 12 | 1.084 |
| SLTP | 3.44 | 9 | 2.404 |
| SLTA | 4.50 | 6 | 3.271 |
| PT | 5.67 | 3 | 1.528 |
| Total | 3.27 | 30 | 2.392 |

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------|----------|---------|----------|---------|-------|---------|
| | Included | | Excluded | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| CEMAS * PEND | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |

Report

CEMAS

| PEND | Mean | N | Std. Deviation |
|-------|-------|----|----------------|
| SD | 80.67 | 12 | 8.784 |
| SLTP | 65.00 | 9 | 25.870 |
| SLTA | 52.83 | 6 | 20.980 |
| PT | 47.33 | 3 | 23.180 |
| Total | 67.07 | 30 | 22.066 |

FREQUENCIES

```
VARIABLES=PERLAKUAN UMUR SEX PEND CEMAS TAHU
/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=UMUR SEX PEND CEMAS TAHU
/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

| | | UMUR | SEX | PEND | CEMAS | TAHU |
|----------------|---------|-----------------|------|-------|--------|-------|
| N | Valid | 30 | 30 | 30 | 30 | 60 |
| | Missing | 30 | 30 | 30 | 30 | 0 |
| Mean | | 50.43 | 1.00 | 2.27 | 40.87 | 5.25 |
| Median | | 51.00 | 1.00 | 2.00 | 30.00 | 5.50 |
| Mode | | 47 ^a | 1 | 2 | 23 | 6 |
| Std. Deviation | | 9.985 | .000 | 1.048 | 20.041 | 3.073 |
| Sum | | 1513 | 30 | 68 | 1226 | 315 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

UMUR

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 29 | 1 | 1.7 | 3.3 | 3.3 |
| | 30 | 1 | 1.7 | 3.3 | 6.7 |
| | 32 | 1 | 1.7 | 3.3 | 10.0 |
| | 33 | 1 | 1.7 | 3.3 | 13.3 |
| | 41 | 1 | 1.7 | 3.3 | 16.7 |
| | 45 | 1 | 1.7 | 3.3 | 20.0 |
| | 46 | 1 | 1.7 | 3.3 | 23.3 |
| | 47 | 3 | 5.0 | 10.0 | 33.3 |
| | 49 | 2 | 3.3 | 6.7 | 40.0 |
| | 50 | 2 | 3.3 | 6.7 | 46.7 |
| | 51 | 2 | 3.3 | 6.7 | 53.3 |
| | 52 | 1 | 1.7 | 3.3 | 56.7 |
| | 54 | 2 | 3.3 | 6.7 | 63.3 |
| | 55 | 3 | 5.0 | 10.0 | 73.3 |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 76.7 |
| | 57 | 1 | 1.7 | 3.3 | 80.0 |
| | 59 | 1 | 1.7 | 3.3 | 83.3 |
| | 60 | 1 | 1.7 | 3.3 | 86.7 |
| | 62 | 2 | 3.3 | 6.7 | 93.3 |
| | 65 | 1 | 1.7 | 3.3 | 96.7 |
| 70 | 1 | 1.7 | 3.3 | 100.0 | |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

SEX

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | LAKI-LAKI | 30 | 50.0 | 100.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

PEND

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 8 | 13.3 | 26.7 | 26.7 |
| | SLTP | 11 | 18.3 | 36.7 | 63.3 |
| | SLTA | 6 | 10.0 | 20.0 | 83.3 |
| | PT | 5 | 8.3 | 16.7 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

CEMAS

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent | |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|--|
| Valid | 23 | 5 | 8.3 | 16.7 | 16.7 | |
| | 26 | 4 | 6.7 | 13.3 | 30.0 | |
| | 27 | 1 | 1.7 | 3.3 | 33.3 | |
| | 28 | 2 | 3.3 | 6.7 | 40.0 | |
| | 29 | 2 | 3.3 | 6.7 | 46.7 | |
| | 30 | 2 | 3.3 | 6.7 | 53.3 | |
| | 35 | 1 | 1.7 | 3.3 | 56.7 | |
| | 36 | 1 | 1.7 | 3.3 | 60.0 | |
| | 37 | 1 | 1.7 | 3.3 | 63.3 | |
| | 42 | 1 | 1.7 | 3.3 | 66.7 | |
| | 48 | 2 | 3.3 | 6.7 | 73.3 | |
| | 50 | 1 | 1.7 | 3.3 | 76.7 | |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 80.0 | |
| | 62 | 1 | 1.7 | 3.3 | 83.3 | |
| | 72 | 1 | 1.7 | 3.3 | 86.7 | |
| | 76 | 2 | 3.3 | 6.7 | 93.3 | |
| | 80 | 1 | 1.7 | 3.3 | 96.7 | |
| | 88 | 1 | 1.7 | 3.3 | 100.0 | |
| | Total | | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| | Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | | |

TAHU

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 0 | 2 | 3.3 | 3.3 | 3.3 |
| 1 | 6 | 10.0 | 10.0 | 13.3 |
| 2 | 7 | 11.7 | 11.7 | 25.0 |
| 3 | 5 | 8.3 | 8.3 | 33.3 |
| 4 | 5 | 8.3 | 8.3 | 41.7 |
| 5 | 5 | 8.3 | 8.3 | 50.0 |
| 6 | 9 | 15.0 | 15.0 | 65.0 |
| 7 | 6 | 10.0 | 10.0 | 75.0 |
| 8 | 6 | 10.0 | 10.0 | 85.0 |
| 9 | 2 | 3.3 | 3.3 | 88.3 |
| 10 | 4 | 6.7 | 6.7 | 95.0 |
| 11 | 3 | 5.0 | 5.0 | 100.0 |
| Total | 60 | 100.0 | 100.0 | |

FREQUENCIES

```
VARIABLES=PERLAKUAN UMUR SEX PEND CEMAS TAHU
/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

| | | PERLAKUAN | UMUR | SEX | PEND | CEMAS | TAHU |
|----------------|---------|-----------|-----------------|------|-------|--------|-------|
| N | Valid | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 60 |
| | Missing | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 0 |
| Mean | | 1.00 | 50.43 | 1.00 | 2.27 | 40.87 | 5.25 |
| Median | | 1.00 | 51.00 | 1.00 | 2.00 | 30.00 | 5.50 |
| Mode | | 1 | 47 ^a | 1 | 2 | 23 | 6 |
| Std. Deviation | | .000 | 9.985 | .000 | 1.048 | 20.041 | 3.073 |
| Sum | | 30 | 1513 | 30 | 68 | 1226 | 315 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

PERLAKUAN

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | YA | 30 | 50.0 | 100.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

UMUR

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 29 | 1 | 1.7 | 3.3 | 3.3 |
| | 30 | 1 | 1.7 | 3.3 | 6.7 |
| | 32 | 1 | 1.7 | 3.3 | 10.0 |
| | 33 | 1 | 1.7 | 3.3 | 13.3 |
| | 41 | 1 | 1.7 | 3.3 | 16.7 |
| | 45 | 1 | 1.7 | 3.3 | 20.0 |
| | 46 | 1 | 1.7 | 3.3 | 23.3 |
| | 47 | 3 | 5.0 | 10.0 | 33.3 |
| | 49 | 2 | 3.3 | 6.7 | 40.0 |
| | 50 | 2 | 3.3 | 6.7 | 46.7 |
| | 51 | 2 | 3.3 | 6.7 | 53.3 |
| | 52 | 1 | 1.7 | 3.3 | 56.7 |
| | 54 | 2 | 3.3 | 6.7 | 63.3 |
| | 55 | 3 | 5.0 | 10.0 | 73.3 |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 76.7 |
| | 57 | 1 | 1.7 | 3.3 | 80.0 |
| | 59 | 1 | 1.7 | 3.3 | 83.3 |
| | 60 | 1 | 1.7 | 3.3 | 86.7 |
| | 62 | 2 | 3.3 | 6.7 | 93.3 |
| | 65 | 1 | 1.7 | 3.3 | 96.7 |
| | 70 | 1 | 1.7 | 3.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

SEX

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | LAKI-LAKI | 30 | 50.0 | 100.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

PEND

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 8 | 13.3 | 26.7 | 26.7 |
| | SLTP | 11 | 18.3 | 36.7 | 63.3 |
| | SLTA | 6 | 10.0 | 20.0 | 83.3 |
| | PT | 5 | 8.3 | 16.7 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

CEMAS

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 23 | 5 | 8.3 | 16.7 | 16.7 |
| | 26 | 4 | 6.7 | 13.3 | 30.0 |
| | 27 | 1 | 1.7 | 3.3 | 33.3 |
| | 28 | 2 | 3.3 | 6.7 | 40.0 |
| | 29 | 2 | 3.3 | 6.7 | 46.7 |
| | 30 | 2 | 3.3 | 6.7 | 53.3 |
| | 35 | 1 | 1.7 | 3.3 | 56.7 |
| | 36 | 1 | 1.7 | 3.3 | 60.0 |
| | 37 | 1 | 1.7 | 3.3 | 63.3 |
| | 42 | 1 | 1.7 | 3.3 | 66.7 |
| | 48 | 2 | 3.3 | 6.7 | 73.3 |
| | 50 | 1 | 1.7 | 3.3 | 76.7 |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 80.0 |
| | 62 | 1 | 1.7 | 3.3 | 83.3 |
| | 72 | 1 | 1.7 | 3.3 | 86.7 |
| | 76 | 2 | 3.3 | 6.7 | 93.3 |
| | 80 | 1 | 1.7 | 3.3 | 96.7 |
| | 88 | 1 | 1.7 | 3.3 | 100.0 |
| | | Total | 30 | 50.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

TAHU

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 0 | 2 | 3.3 | 3.3 | 3.3 |
| 1 | 6 | 10.0 | 10.0 | 13.3 |
| 2 | 7 | 11.7 | 11.7 | 25.0 |
| 3 | 5 | 8.3 | 8.3 | 33.3 |
| 4 | 5 | 8.3 | 8.3 | 41.7 |
| 5 | 5 | 8.3 | 8.3 | 50.0 |
| 6 | 9 | 15.0 | 15.0 | 65.0 |
| 7 | 6 | 10.0 | 10.0 | 75.0 |
| 8 | 6 | 10.0 | 10.0 | 85.0 |
| 9 | 2 | 3.3 | 3.3 | 88.3 |
| 10 | 4 | 6.7 | 6.7 | 95.0 |
| 11 | 3 | 5.0 | 5.0 | 100.0 |
| Total | 60 | 100.0 | 100.0 | |

FREQUENCIES

```
VARIABLES=PERLAKUAN UMUR SEX PEND CEMAS TAHU
/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

FREQUENCIES

```
VARIABLES=PERLAKUAN UMUR SEX PEND CEMAS TAHU
/STATISTICS=STDDEV MEAN MEDIAN MODE SUM
/ORDER= ANALYSIS .
```

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

| | | PERLAKUAN | UMUR | SEX | PEND | CEMAS | TAHU |
|----------------|---------|-----------|-------|------|-------|-----------------|-------|
| N | Valid | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| | Missing | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Mean | | 2.00 | 53.50 | 1.00 | 2.00 | 67.07 | 3.27 |
| Median | | 2.00 | 55.00 | 1.00 | 2.00 | 74.00 | 2.50 |
| Mode | | 2 | 55 | 1 | 1 | 74 ^a | 2 |
| Std. Deviation | | .000 | 8.796 | .000 | 1.017 | 22.066 | 2.392 |
| Sum | | 60 | 1605 | 30 | 60 | 2012 | 98 |

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

PERLAKUAN

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | TIDAK | 30 | 50.0 | 100.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

UMUR

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 30 | 1 | 1.7 | 3.3 | 3.3 |
| | 37 | 1 | 1.7 | 3.3 | 6.7 |
| | 39 | 1 | 1.7 | 3.3 | 10.0 |
| | 40 | 1 | 1.7 | 3.3 | 13.3 |
| | 45 | 1 | 1.7 | 3.3 | 16.7 |
| | 46 | 1 | 1.7 | 3.3 | 20.0 |
| | 47 | 1 | 1.7 | 3.3 | 23.3 |
| | 49 | 2 | 3.3 | 6.7 | 30.0 |
| | 52 | 1 | 1.7 | 3.3 | 33.3 |
| | 53 | 2 | 3.3 | 6.7 | 40.0 |
| | 54 | 1 | 1.7 | 3.3 | 43.3 |
| | 55 | 4 | 6.7 | 13.3 | 56.7 |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 60.0 |
| | 57 | 2 | 3.3 | 6.7 | 66.7 |
| | 59 | 1 | 1.7 | 3.3 | 70.0 |
| | 60 | 1 | 1.7 | 3.3 | 73.3 |
| | 61 | 2 | 3.3 | 6.7 | 80.0 |
| | 62 | 2 | 3.3 | 6.7 | 86.7 |
| | 63 | 1 | 1.7 | 3.3 | 90.0 |
| | 64 | 2 | 3.3 | 6.7 | 96.7 |
| | 65 | 1 | 1.7 | 3.3 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

SEX

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | LAKI-LAKI | 30 | 50.0 | 100.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

PEND

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | SD | 12 | 20.0 | 40.0 | 40.0 |
| | SLTP | 9 | 15.0 | 30.0 | 70.0 |
| | SLTA | 6 | 10.0 | 20.0 | 90.0 |
| | PT | 3 | 5.0 | 10.0 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

CEMAS

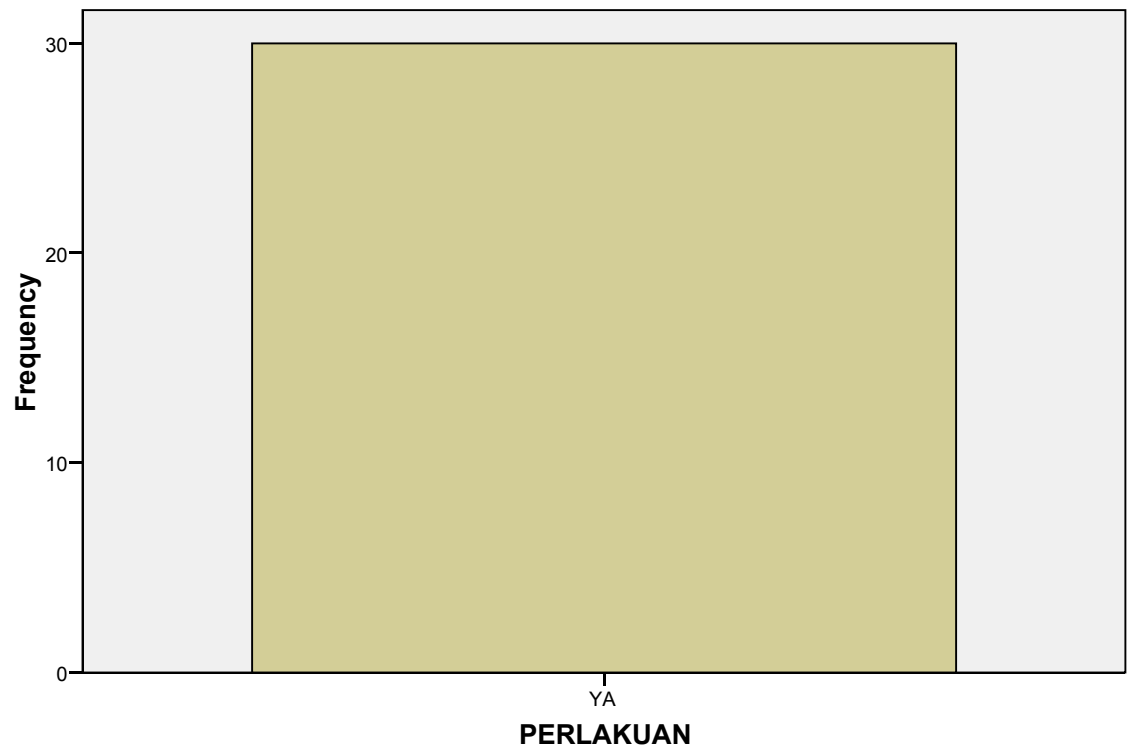
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 23 | 2 | 3.3 | 6.7 | 6.7 |
| | 26 | 1 | 1.7 | 3.3 | 10.0 |
| | 32 | 1 | 1.7 | 3.3 | 13.3 |
| | 36 | 1 | 1.7 | 3.3 | 16.7 |
| | 42 | 1 | 1.7 | 3.3 | 20.0 |
| | 44 | 1 | 1.7 | 3.3 | 23.3 |
| | 56 | 1 | 1.7 | 3.3 | 26.7 |
| | 59 | 1 | 1.7 | 3.3 | 30.0 |
| | 64 | 2 | 3.3 | 6.7 | 36.7 |
| | 68 | 1 | 1.7 | 3.3 | 40.0 |
| | 72 | 1 | 1.7 | 3.3 | 43.3 |
| | 74 | 4 | 6.7 | 13.3 | 56.7 |
| | 75 | 1 | 1.7 | 3.3 | 60.0 |
| | 76 | 2 | 3.3 | 6.7 | 66.7 |
| | 80 | 1 | 1.7 | 3.3 | 70.0 |
| | 82 | 1 | 1.7 | 3.3 | 73.3 |
| | 87 | 2 | 3.3 | 6.7 | 80.0 |
| | 88 | 2 | 3.3 | 6.7 | 86.7 |
| | 92 | 4 | 6.7 | 13.3 | 100.0 |
| | Total | | 30 | 50.0 | 100.0 |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| Total | | 60 | 100.0 | | |

TAHU

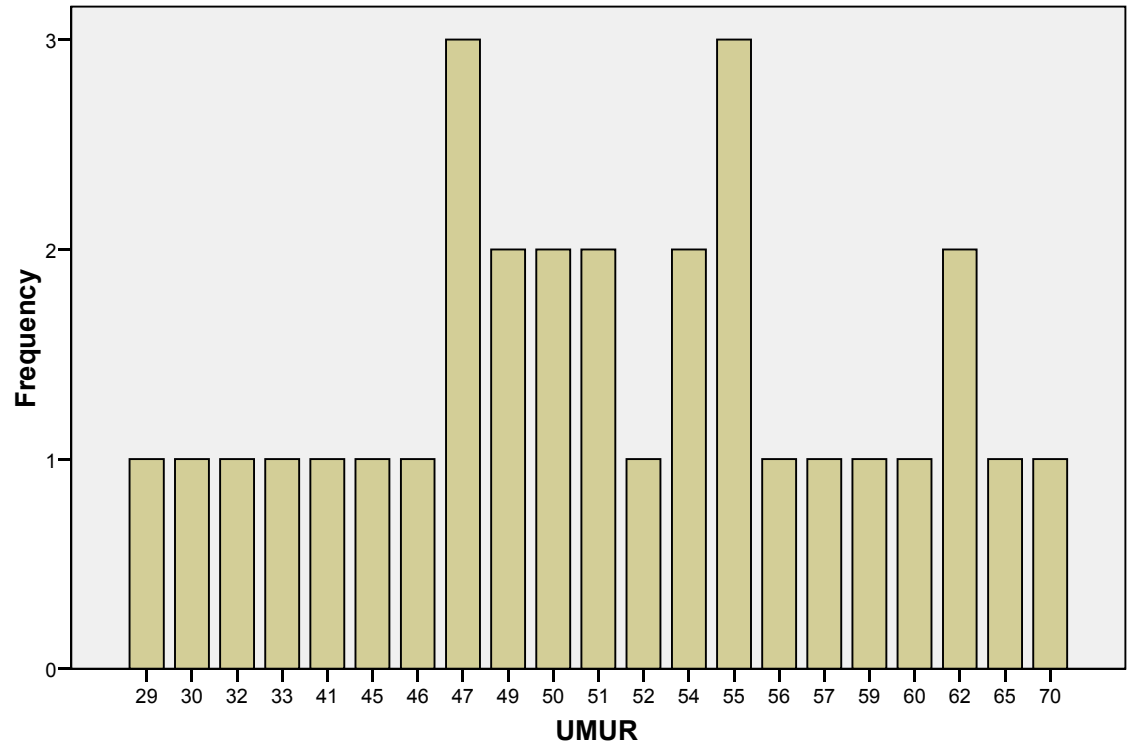
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 0 | 2 | 3.3 | 6.7 | 6.7 |
| | 1 | 6 | 10.0 | 20.0 | 26.7 |
| | 2 | 7 | 11.7 | 23.3 | 50.0 |
| | 3 | 4 | 6.7 | 13.3 | 63.3 |
| | 4 | 2 | 3.3 | 6.7 | 70.0 |
| | 5 | 2 | 3.3 | 6.7 | 76.7 |
| | 6 | 3 | 5.0 | 10.0 | 86.7 |
| | 7 | 2 | 3.3 | 6.7 | 93.3 |
| | 8 | 2 | 3.3 | 6.7 | 100.0 |
| | Total | 30 | 50.0 | 100.0 | |
| Missing | System | 30 | 50.0 | | |
| | Total | 60 | 100.0 | | |

Bar Chart

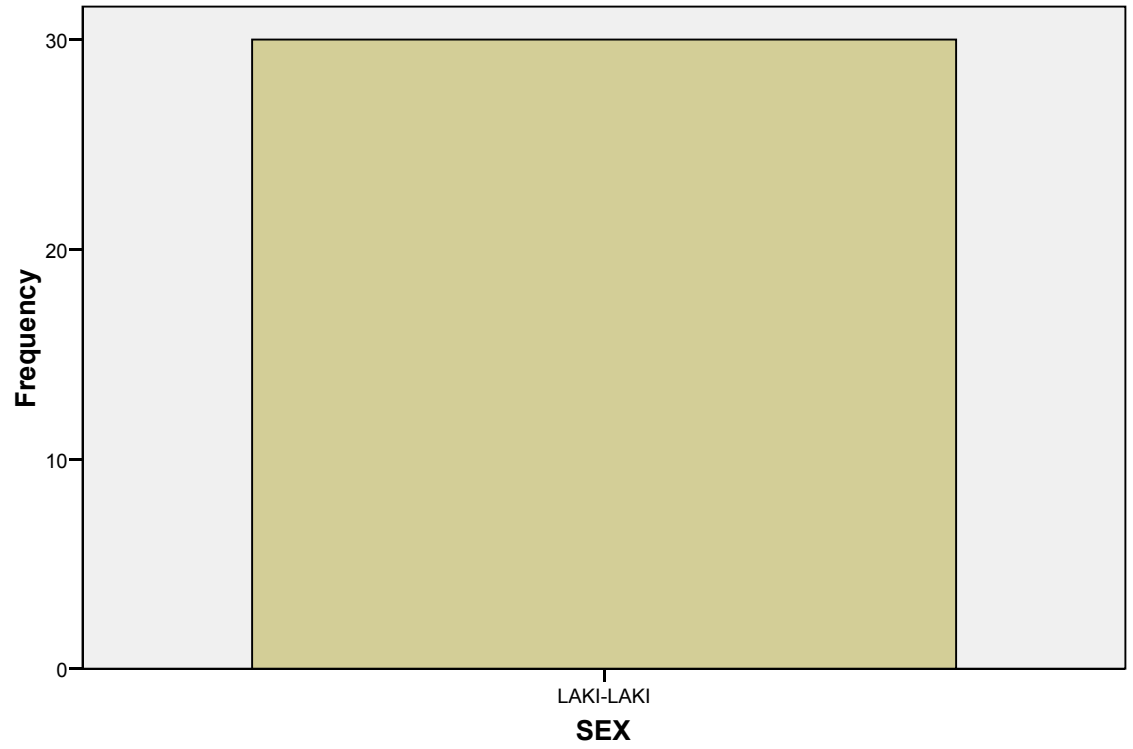
PERLAKUAN



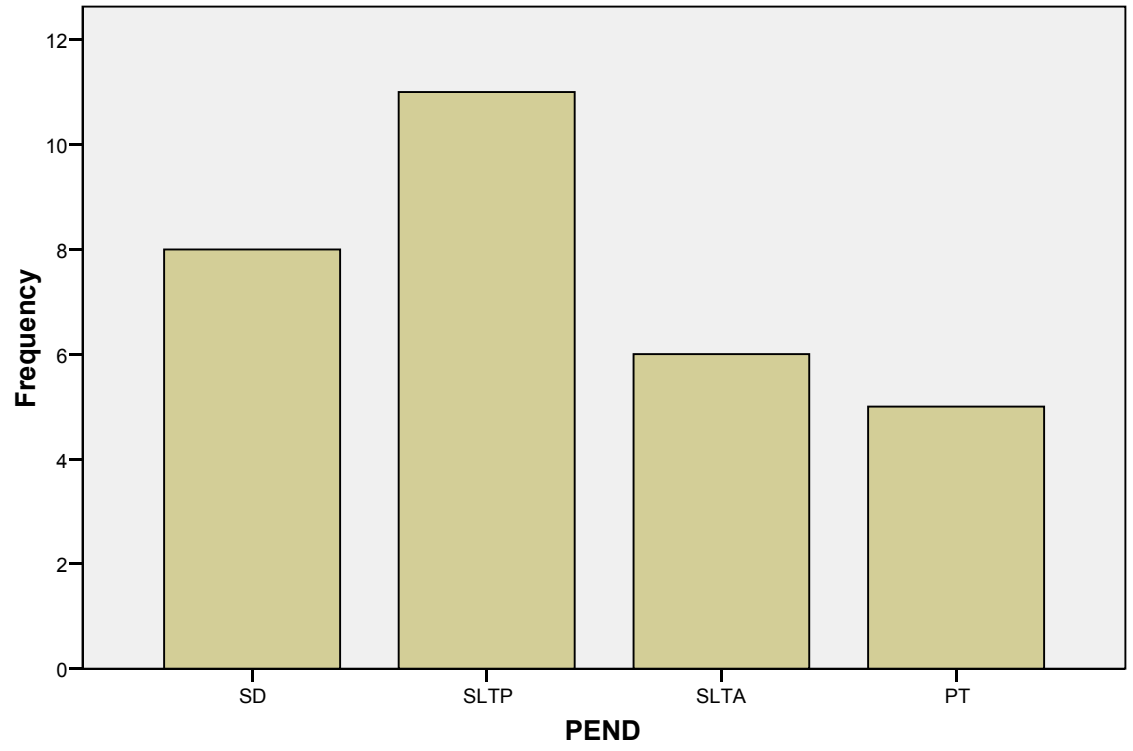
UMUR



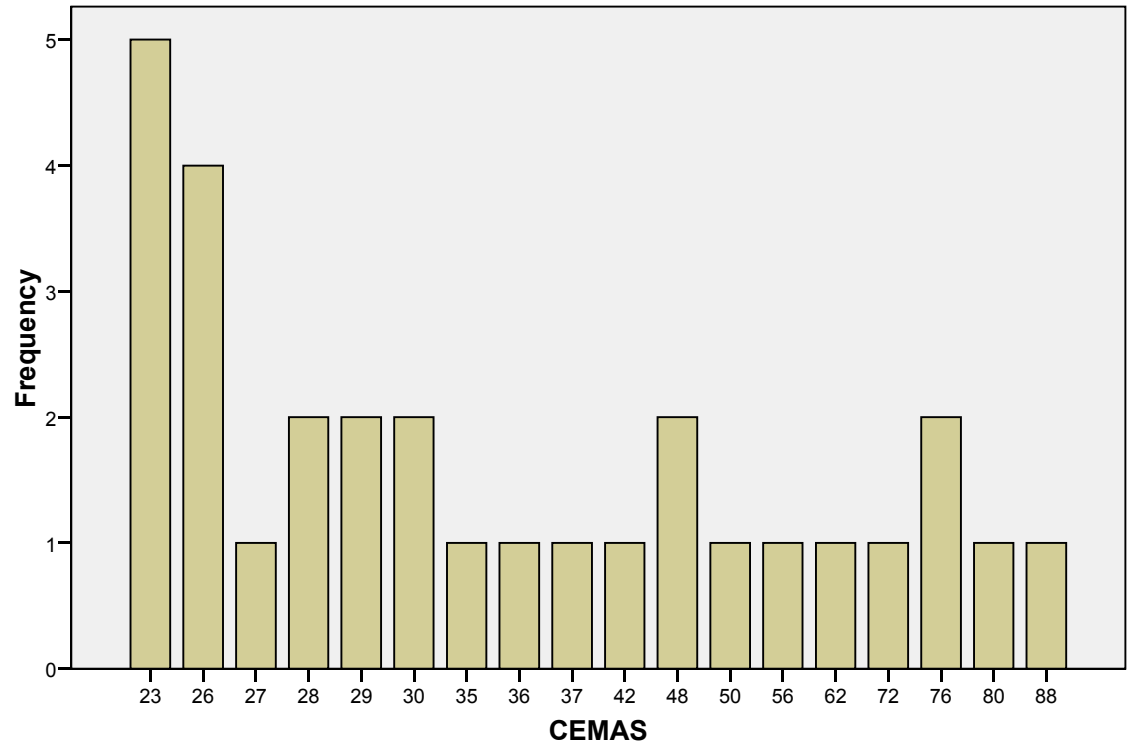
SEX



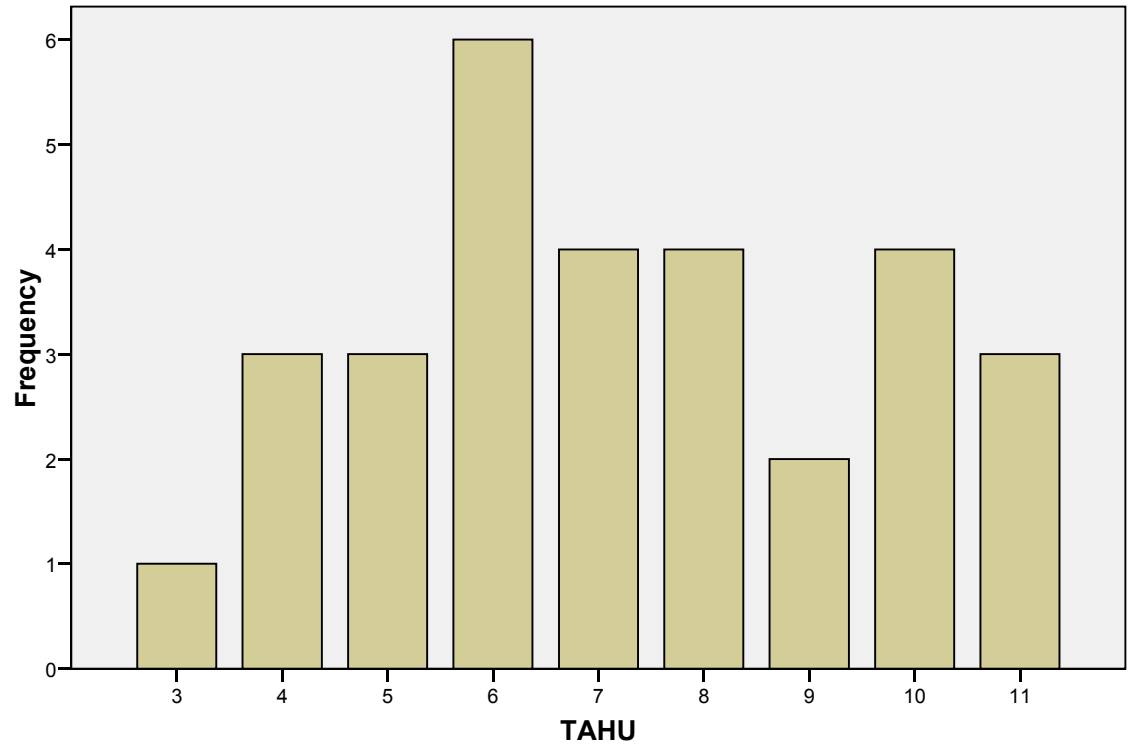
PEND



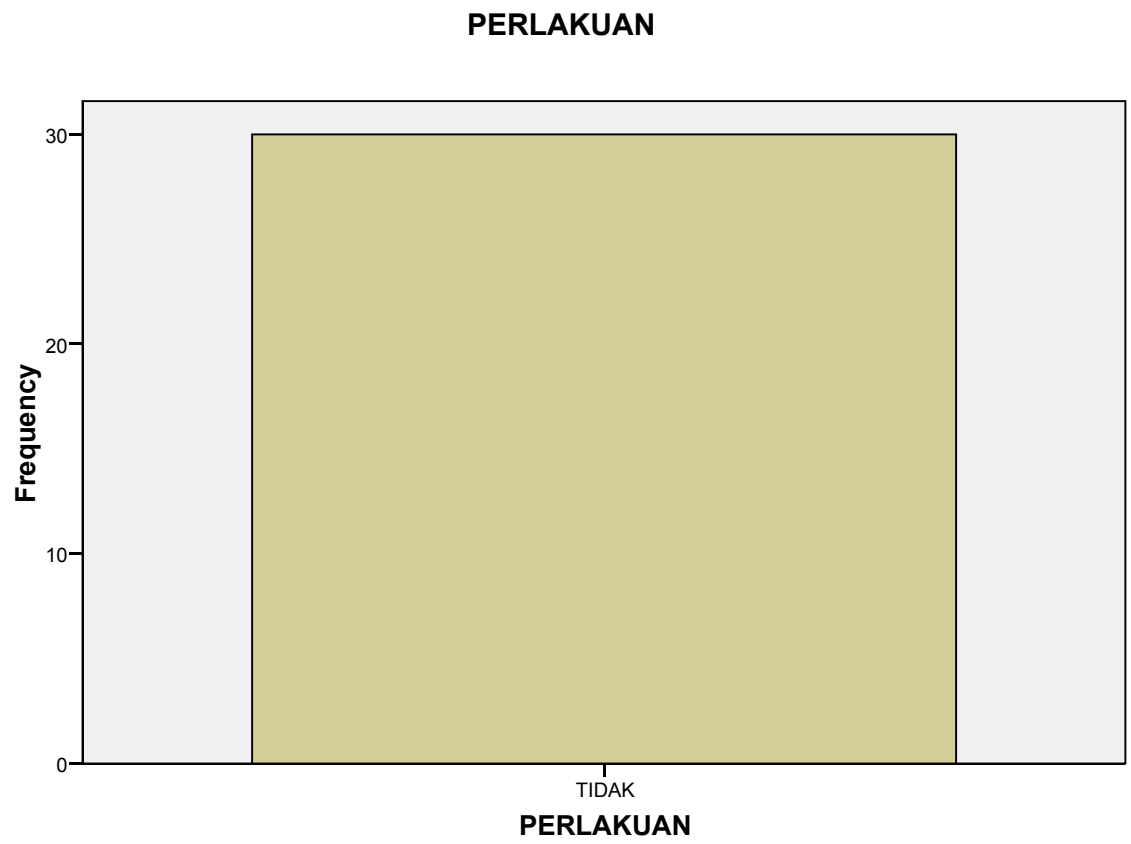
CEMAS



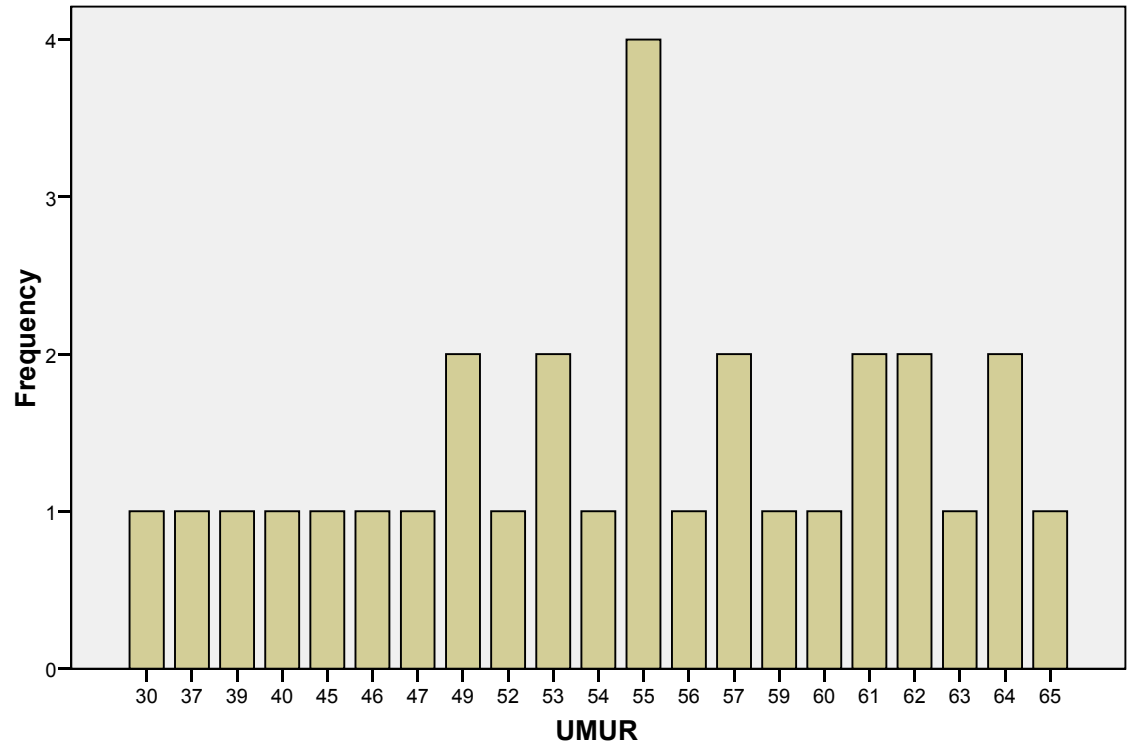
TAHU



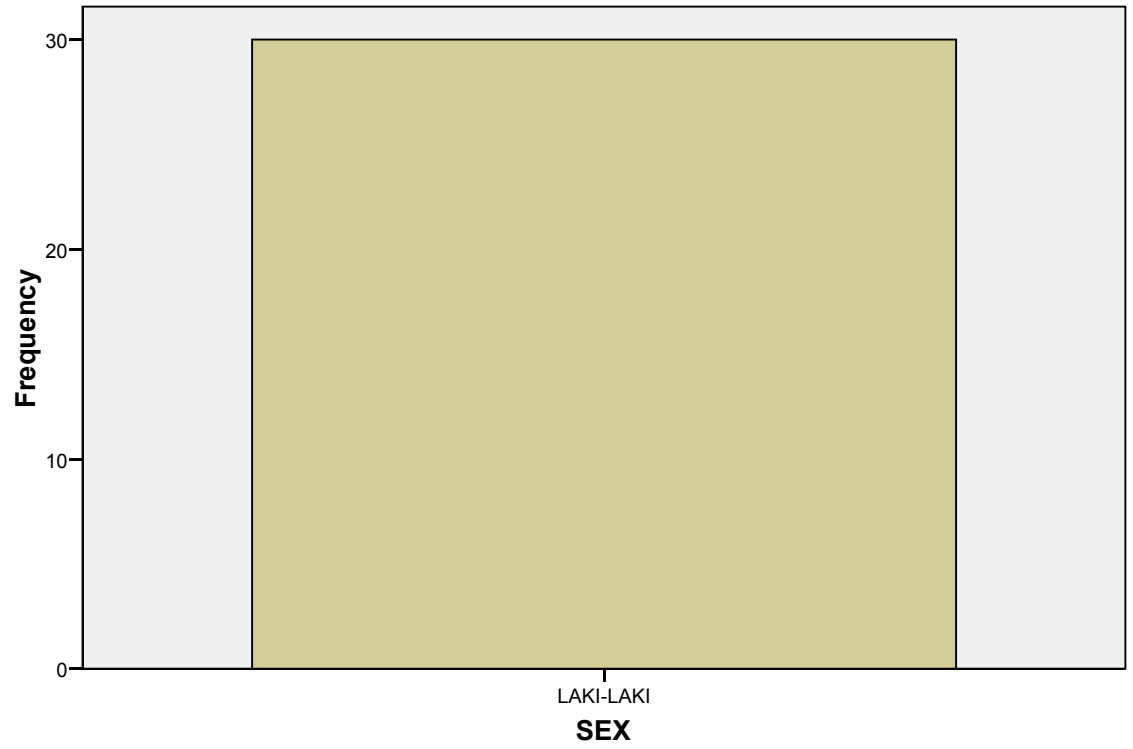
Bar Chart



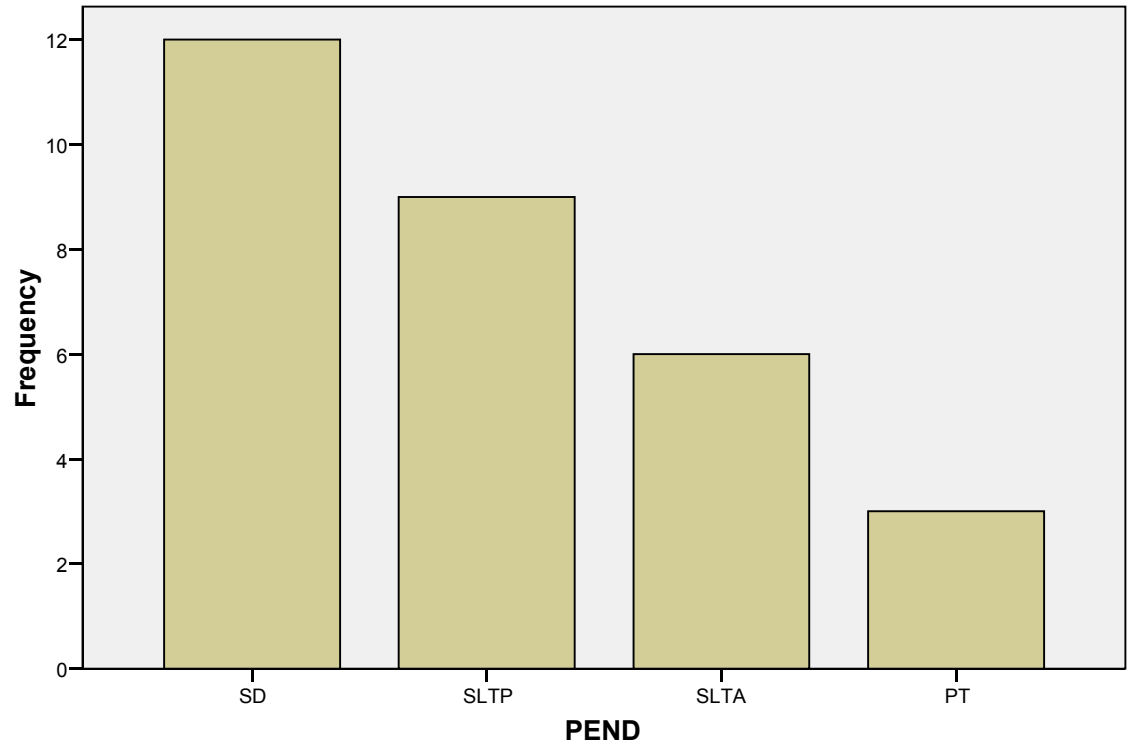
UMUR



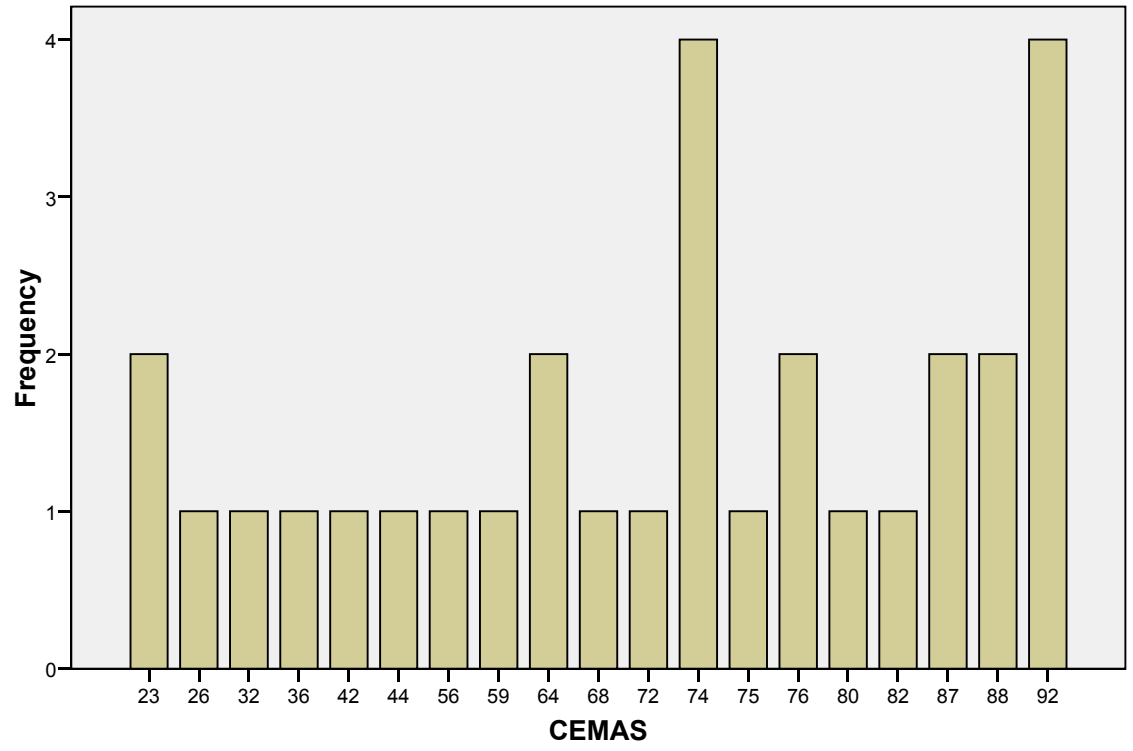
SEX



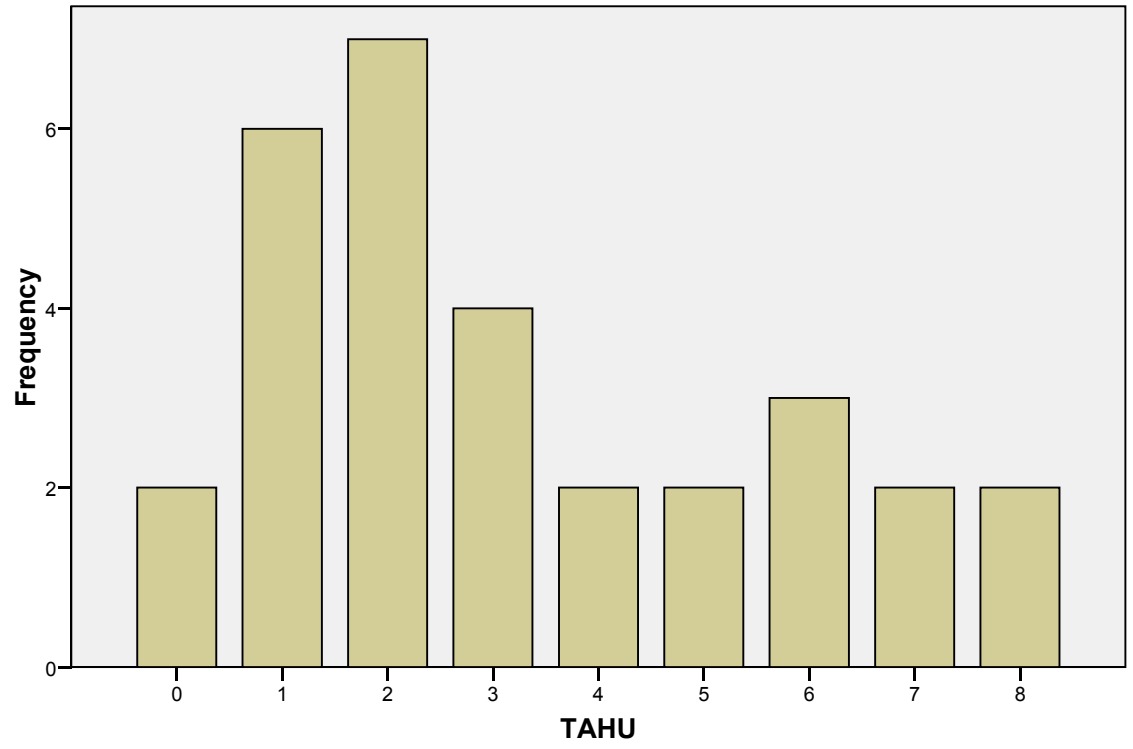
PEND



CEMAS



TAHU



```

GET
  FILE='D:\MARGONO TESIS\LENGKAP.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
EXAMINE
  VARIABLES=CEMAS TAHU BY PERLAKUAN
  /PLOT BOXPLOT STEMLEAF
  /COMPARE GROUP
  /STATISTICS NONE
  /CINTERVAL 95
  /MISSING LISTWISE
  /NOTOTAL.

```

Explore

[DataSet1] D:\MARGONO TESIS\LENGKAP.sav

PERLAKUAN

Case Processing Summary

| PERLAKUAN | Cases | | | | | |
|-----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| CEMAS YA | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |
| TIDAK | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |
| TAHU YA | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |
| TIDAK | 30 | 100.0% | 0 | .0% | 30 | 100.0% |

CEMAS

Stem-and-Leaf Plots

CEMAS Stem-and-Leaf Plot for
PERLAKUAN= YA

```

Frequency      Stem & Leaf
14.00          2 . 333336666678899
 5.00          3 . 00567
 3.00          4 . 288
 2.00          5 . 06
 1.00          6 . 2
 3.00          7 . 266
 1.00          8 . 0
 1.00 Extremes      (>=88)

```

```

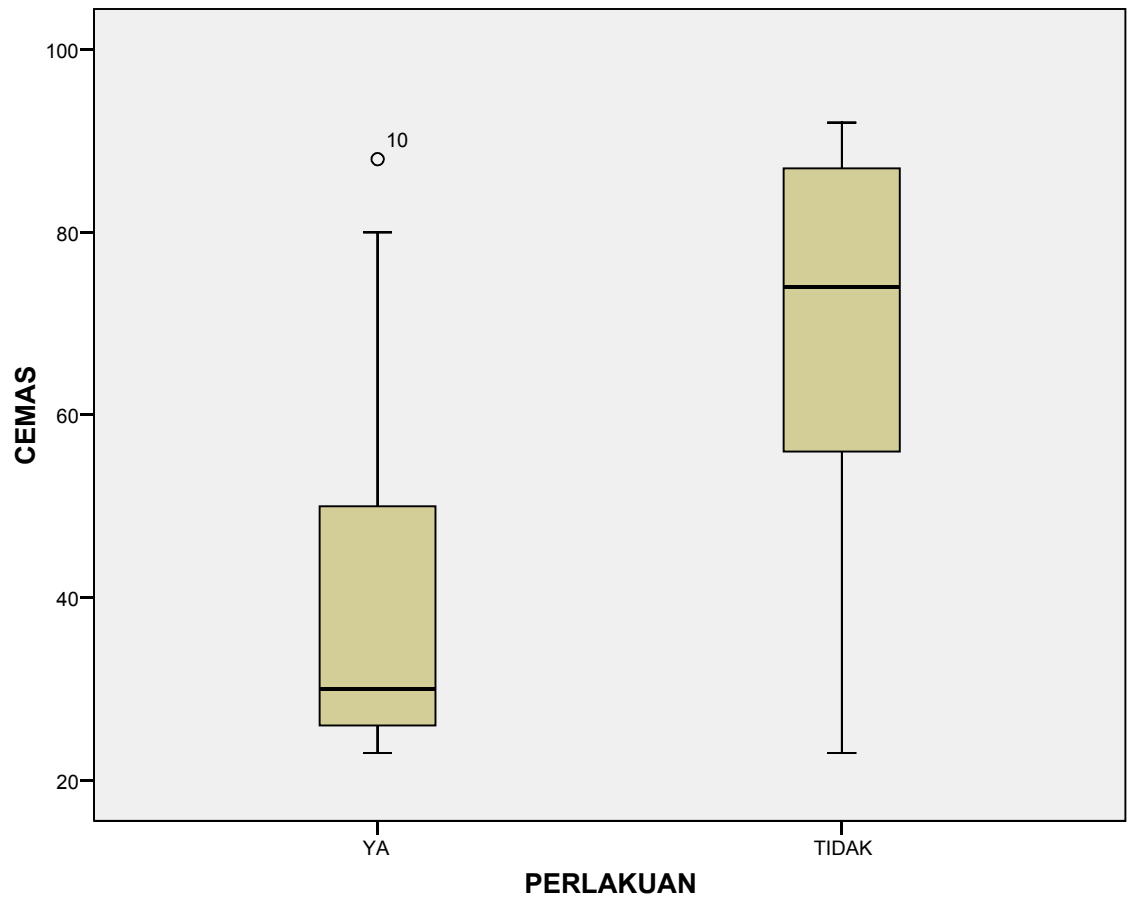
Stem width:      10
Each leaf:       1 case(s)

```

CEMAS Stem-and-Leaf Plot for
PERLAKUAN= TIDAK

| Frequency | Stem & Leaf |
|-----------|--------------|
| 3.00 | 2 . 336 |
| 2.00 | 3 . 26 |
| 2.00 | 4 . 24 |
| 2.00 | 5 . 69 |
| 3.00 | 6 . 448 |
| 8.00 | 7 . 24444566 |
| 6.00 | 8 . 027788 |
| 4.00 | 9 . 2222 |

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)



TAHU

Stem-and-Leaf Plots

TAHU Stem-and-Leaf Plot for
PERLAKUAN= YA

| Frequency | Stem & Leaf |
|-----------|-------------|
| 1.00 | 3 . 0 |
| 3.00 | 4 . 000 |
| 3.00 | 5 . 000 |
| 6.00 | 6 . 000000 |
| 4.00 | 7 . 0000 |
| 4.00 | 8 . 0000 |
| 2.00 | 9 . 00 |
| 4.00 | 10 . 0000 |
| 3.00 | 11 . 000 |

Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

TAHU Stem-and-Leaf Plot for
PERLAKUAN= TIDAK

| Frequency | Stem & Leaf |
|-----------|-------------|
| 2.00 | 0 . 00 |
| 6.00 | 1 . 000000 |
| 7.00 | 2 . 0000000 |
| 4.00 | 3 . 0000 |
| 2.00 | 4 . 00 |
| 2.00 | 5 . 00 |
| 3.00 | 6 . 000 |
| 2.00 | 7 . 00 |
| 2.00 | 8 . 00 |

Stem width: 1
Each leaf: 1 case(s)

