

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PROSEDUR ANESTESI UMUM DENGAN
TINGKAT KECEMASAN DAN KEBUTUHAN INFORMASI
*PREOPERATIVE***

Studi Observasional Analitik pada Pasien Preoperasi di RSI Sultan Agung

Semarang

Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Oleh:

Salsabila Amarti Nisaa

30102000167

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2024

SKRIPSI
HUBUNGAN PENGETAHUAN PROSEDUR ANESTESI UMUM DENGAN
TINGKAT KECEMASAN DAN KEBUTUHAN INFORMASI
PREOPERATIVE

Studi Observasional Analitik Pada Pasien Preoperasi di RSI Sultan Agung Semarang

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Salsabila Amarti Nisaa

30102000167

Telah dipertahankan di depan
Dewan Penguji pada tanggal 9 Februari 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

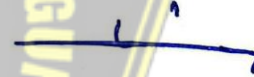
Susunan Tim Penguji

Pembimbing I



dr. Dian Ayu Listiarini, Sp.An-TI

Anggota Tim Penguji



dr. Wignyo Santosa, Sp.An-TI, KIC, FIPM

Pembimbing II



Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes



Dr. dr. Yani Istadi, M.Med.Ed

Semarang, 9 Februari 2024

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Salsabila Amarti Nisaa

NIM : 30102000167

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi saya yang berjudul:

“HUBUNGAN PENGETAHUAN PROSEDUR ANESTESI UMUM DENGAN TINGKAT KECEMASAN DAN KEBUTUHAN INFORMASI PREOPERATIVE (Studi Observasional Analitik Pada Pasien Preoperasi di RSI Sultan Agung Semarang)”

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian skripsi orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Semarang, 6 Februari 2024

Yang menyatakan,



Salsabila Amarti Nisaa

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah rabbil'alamin, puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat-Nya penulis telah diberi kesempatan, kesehatan, kesabaran, serta kekuatan sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Tingkat Kecemasan dan Kebutuhan Informasi *Preoperative*” sebagai sebagian persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung.

Penulis menyadari adanya kekurangan dan keterbatasan sehingga selama menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis mendapat bantuan, bimbingan, dorongan, dan petunjuk dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak, diantaranya kepada:

1. Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian ini.
2. dr. Dian Ayu Listiarini, Sp.An-TI selaku dosen pembimbing pertama dan Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes selaku dosen pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, wawasan, arahan, nasihat, dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
3. dr. Wignyo Santosa, Sp.An-TI, KIC, FIPM selaku dosen penguji pertama dan Dr. dr. Yani Istadi, M.Med.Ed selaku dosen penguji kedua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan bimbingan serta arahan dalam menyelesaikan penelitian ini.

4. Kepala perawat instalasi bedah sentral (IBS) RSI Sultan Agung Semarang Bapak Soim serta perawat IBS Ibu Eko dan Ibu Harni yang telah membantu dalam proses pengambilan data hingga penelitian ini dapat selesai.
5. Keluarga saya tercinta, papa Suparman, S.E., S.T., mama Rini Martiningsih, S.E., M.Ak, adek Maula Dimas Mahardika yang telah memberikan kasih sayang, doa, fasilitas, dan dukungan yang tiada henti selama penulisan skripsi ini.
6. Teman satu kelompok bimbingan Anestesi yang selalu mendukung dan memberikan semangat selama penelitian.
7. Sahabat kuliah “Queendom” (Laily Rezky, Silvyana Helmalia, Dhiya Aisy, Giza Arifkha, Jihan Devri, Nafisyah, Annisa Dian, dan Arzalia Hapsari) dan “Cegil Soliha” (Jihaan Hasnaa, Safira Razan, Waudy Ulya) yang telah mendengarkan keluh kesah dan memberikan *support* serta motivasi selama menyelesaikan skripsi ini.
8. Sahabat dan partner saya Alfath Reihan yang senantiasa mendukung dan memberikan semangat, serta Vivian Ananda dan “Fantastic Six” yang telah menemani perjuangan saya sejak sekolah hingga skripsi ini selesai.
9. Asisten Laboratorium Fisiologi FK Unissula “Osteon” yang telah memberikan *support* dan kebersamai perjuangan dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Bapak/Ibu karyawan FK Unissula dan seluruh pihak lain yang turut membantu secara langsung maupun tidak langsung dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan serta bantuan yang telah diberikan. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih sangat terbatas dan jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Semarang, 9 Februari 2024
Penulis

Salsabila Amarti Nisaa

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
PRAKATA.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR SINGKATAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
INTISARI.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat Praktis.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Kecemasan Preoperative.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Epidemiologi.....	6
2.1.3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kecemasan Preoperative.....	8
2.1.4. Pengukuran Tingkat Kecemasan Preoperative.....	11
2.2. Pengetahuan.....	13
2.2.1. Konsep Pengetahuan.....	13
2.2.2. Pembentukan Pengetahuan.....	15
2.2.3. Faktor - Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan.....	16
2.2.4. Pengukuran Tingkat Pengetahuan.....	19

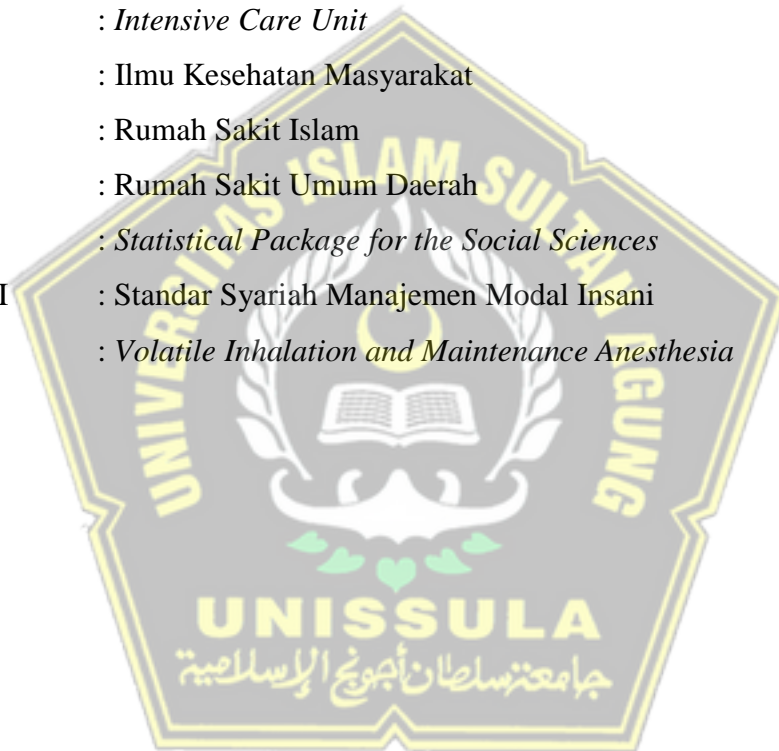
2.2.5. Kategori Tingkat Pengetahuan	19
2.3. Anestesi Umum	22
2.3.1. Definisi	22
2.3.2. Teknik Pemberian Anestesi Umum.....	22
2.3.3. Prosedur Anestesi Umum.....	24
2.4. Hubungan Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Tingkat Kecemasan dan Kebutuhan Informasi <i>Preoperative</i>	34
2.5. Kerangka Teori.....	36
2.6. Kerangka Konsep	36
2.7. Hipotesis.....	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	38
3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	38
3.2. Variabel dan Definisi Operasional	38
3.2.1. Variabel Penelitian	38
3.2.2. Definisi Operasional.....	38
3.3. Populasi dan Sampel	40
3.3.1. Populasi Penelitian	40
3.3.2. Sampel Penelitian.....	41
3.4. Instrumen dan Bahan Penelitian.....	43
3.5. Cara Penelitian	49
3.5.1. Perencanaan.....	49
3.5.2. Pelaksanaan	49
3.6. Alur Penelitian.....	51
3.7. Tempat dan Waktu	52
3.7.1. Tempat Penelitian.....	52
3.7.2. Waktu Penelitian	52
3.8. Analisis Hasil	52
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	54
4.1. Hasil Penelitian	54
4.1.1. Karakteristik Responden Penelitian	55
4.1.2. Tingkat Kecemasan	56

4.1.3. Kebutuhan Informasi	57
4.1.4. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Prosedur Pengetahuan Anestesi Umum.....	58
4.1.5. Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum	60
4.1.6. Uji Normalitas dan Homogenitas	61
4.1.7. Analisis Bivariat	62
4.2. Pembahasan.....	63
4.2.1. Karakteristik Pasien Preoperasi.....	63
4.2.2. Hubungan Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Tingkat Kecemasan dan Kebutuhan Informasi <i>Preoperative</i>	64
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
5.1. Kesimpulan.....	71
5.2. Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA.....	73
LAMPIRAN.....	77



DAFTAR SINGKATAN

APAIS	: <i>Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale</i>
ASA	: <i>American Society of Anesthesiologists</i>
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
EKG	: Elektrokardiografi
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IBS	: Instalasi Bedah Sentral
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IKM	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
RSI	: Rumah Sakit Islam
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSMMI	: Standar Syariah Manajemen Modal Insani
VIMA	: <i>Volatile Inhalation and Maintenance Anesthesia</i>



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Klasifikasi Status ASA	27
Tabel 2.2.	Aldrette Score	33
Tabel 3.1.	<i>Blueprint</i> Skala Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum	46
Tabel 3.2.	<i>Blueprint</i> Skala Kecemasan dan Kebutuhan Informasi <i>Preoperative</i>	48
Tabel 4.1.	Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Preoperasi Data Nominal	55
Tabel 4.2.	Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Preoperasi Data Numerik	56
Tabel 4.3.	Distribusi Frekuensi Jawaban Kecemasan Preoperative Berdasarkan Kuesioner APAIS	57
Tabel 4.4.	Distribusi Frekuensi Jawaban Kebutuhan Informasi Berdasarkan Kuesioner APAIS	57
Tabel 4.5.	<i>Penilaian Pakar Terhadap Item Kuesioner</i>	58
Tabel 4.6.	<i>Nilai Corrected Item-Total Correlation</i>	59
Tabel 4.7.	Distribusi Frekuensi Jawaban Kuesioner Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum.....	61
Tabel 4.8.	Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas	62
Tabel 4.9.	Analisis Korelasi Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Kecemasan dan Kebutuhan Informasi Preoperative.....	62

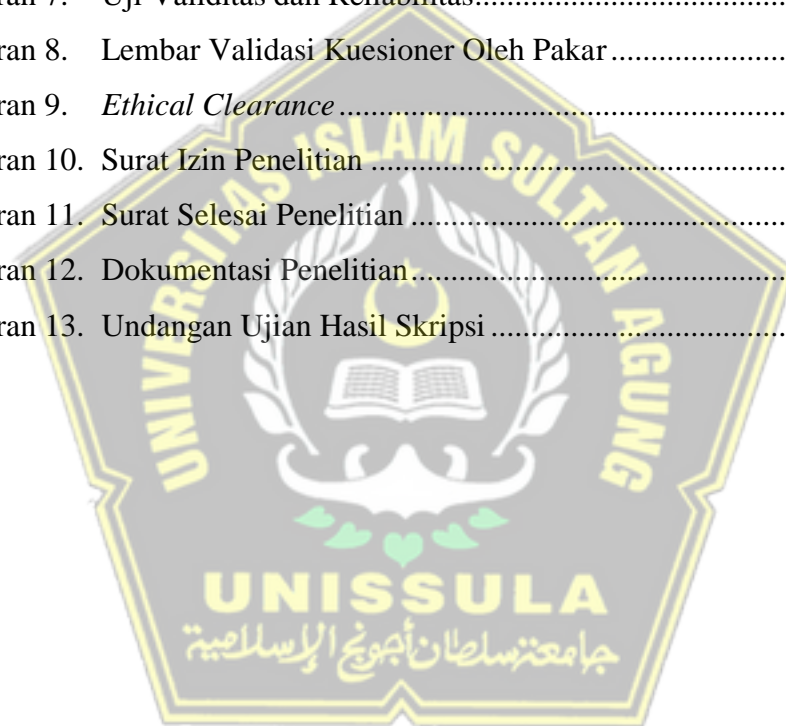
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian.....	36
Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian.....	36
Gambar 3.1. Alur Penelitian.....	51



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Lembar Penjelasan Kepada Calon Responden	77
Lampiran 2.	<i>Informed Consent</i>	80
Lampiran 3.	Kuesioner Penelitian.....	81
Lampiran 4.	Rekap Data Penelitian	84
Lampiran 5.	Analisis Univariat.....	86
Lampiran 6.	Analisis Bivariat	90
Lampiran 7.	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	92
Lampiran 8.	Lembar Validasi Kuesioner Oleh Pakar	93
Lampiran 9.	<i>Ethical Clearance</i>	97
Lampiran 10.	Surat Izin Penelitian	98
Lampiran 11.	Surat Selesai Penelitian	100
Lampiran 12.	Dokumentasi Penelitian.....	101
Lampiran 13.	Undangan Ujian Hasil Skripsi	103



INTISARI

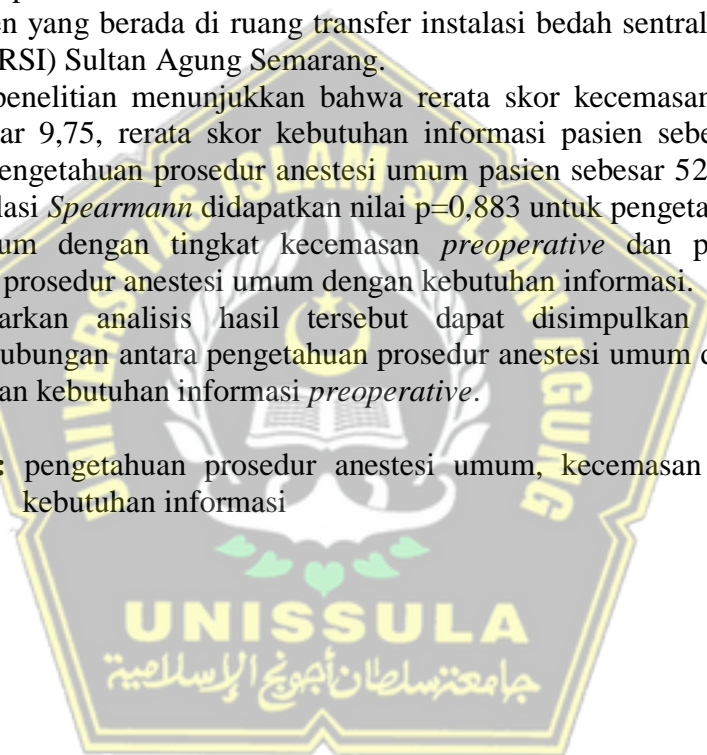
Kecemasan *preoperative* dapat dipengaruhi oleh keterbatasan pengetahuan dan informasi yang dimiliki pasien terhadap prosedur tindakan anestesi yang akan dijalani. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

Penelitian dengan *cross sectional* melibatkan 48 responden pasien preoperasi yang direncanakan mendapatkan tindakan anestesi umum inhalasi. Pengisian kuesioner kecemasan dan kebutuhan informasi APAIS serta kuesioner pengetahuan prosedur anestesi umum dilakukan melalui wawancara langsung dengan pasien yang berada di ruang transfer instalasi bedah sentral (IBS) Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata skor kecemasan *preoperative* pasien sebesar 9,75, rerata skor kebutuhan informasi pasien sebesar 6,06, dan rerata skor pengetahuan prosedur anestesi umum pasien sebesar 52,08%. Melalui analisis korelasi *Spearman* didapatkan nilai $p=0,883$ untuk pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan *preoperative* dan $p=0,946$ untuk pengetahuan prosedur anestesi umum dengan kebutuhan informasi.

Berdasarkan analisis hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak didapatkan hubungan antara pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

Kata kunci: pengetahuan prosedur anestesi umum, kecemasan *preoperative*, kebutuhan informasi



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Setiap tindakan pengobatan yang dilakukan dengan membuat sayatan untuk membuka bagian tubuh akan menimbulkan rasa sakit (Seniwati, 2018). Rasa sakit tersebut dapat diminimalisasi dengan pemberian anestesi dimana tindakan ini akan menghalangi rangsang nyeri yang dirasakan oleh pasien (Latief, Suryadi dan Dachlan, 2007). Namun, adanya keterbatasan pengetahuan dan persepsi pasien yang buruk terhadap tindakan anestesi berdampak pada rendahnya kesadaran pasien akan pentingnya pemberian anestesi (Arefayne *et al.*, 2022). Di sisi lain, tindakan pemberian anestesi termasuk sesuatu yang mengancam tubuh (Smeltzer dan Bare, 2012). Keterbatasan pengetahuan dan informasi pasien serta adanya tindakan pemberian anestesi yang dianggap oleh pasien sebagai situasi yang mengancam dapat menyebabkan kecemasan dan menimbulkan kesalahpahaman (Woldegerima *et al.*, 2018). Kecemasan tersebut dapat muncul ketika pasien berada dalam masa *preoperative* atau dikenal dengan kecemasan *preoperative* (Widyastuti *et al.*, 2015).

Penelitian di Eropa melaporkan angka kejadian kecemasan *preoperative* pada pasien yang akan melakukan pembedahan cukup bervariasi, yaitu antara 27–80% dimana prevalensi tertinggi ditemukan di Spanyol, sedangkan prevalensi terendah didapatkan di Belanda. Selain itu, jika dikelompokkan berdasarkan benua, Afrika menempati posisi tertinggi

untuk prevalensi global kejadian kecemasan *preoperative*, yaitu sebesar 56% dan diikuti dengan Asia sebesar 54% pada posisi kedua. Hasil studi di India juga menunjukkan bahwa angka kejadian kecemasan *preoperative* bervariasi antara 47–70,3%, dimana prevalensi tertinggi terjadi di Pakistan, yaitu sebesar 62 – 97% (Abate *et al.*, 2020). Demikian pula yang terjadi di Indonesia dimana prevalensi kecemasan *preoperative* yang didapatkan melalui penelitian di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya menunjukkan angka yang cukup tinggi, yaitu sebesar 71,43% (Rismawan *et al.*, 2019). Perbedaan prevalensi yang dilaporkan dari penelitian oleh Abate *et al* (2020) dan Rismawan *et al* (2019) dapat disebabkan karena perbedaan instrumen penelitian (kuesioner) yang digunakan, jumlah responden yang terlibat, keadaan sosio demografis, dan ketersediaan data penelitian yang dimiliki oleh masing-masing tempat. Tingginya angka prevalensi kejadian kecemasan *preoperative* sejalan dengan dampak yang dapat ditimbulkan. Kecemasan pasien pada masa *preoperative* dapat mengganggu persiapan sebelum pembedahan. Keadaan tersebut bisa berakibat pada timbulnya ketidakstabilan hemodinamik, nyeri berlebih setelah pembedahan yang sebanding dengan meningkatnya konsumsi obat analgesik, risiko infeksi lebih tinggi, lambatnya waktu penyembuhan luka, lamanya masa rawat inap setelah pembedahan, hingga pembatalan rencana pembedahan yang akan dilakukan (Abate *et al.*, 2020).

Pada masa *preoperative*, informasi maupun pengetahuan yang dimiliki seseorang berperan penting dalam membentuk persepsi serta menentukan

tindakan yang akan dilakukan (Suwandi *et al.*, 2020). Hal tersebut berkaitan dengan munculnya kecemasan yang dapat disebabkan oleh minimnya pengetahuan terkait prosedur yang akan dijalani oleh pasien, salah satunya prosedur pemberian tindakan anestesi (Bedaso, Mekonnen, dan Duko, 2022). Menurut Wardani (2022) dalam penelitiannya menyatakan bahwa jika pengetahuan meningkat, tingkat kecemasan akan turun (Wardani, 2022). Selama persiapan tindakan medis, rata-rata pasien menginginkan informasi rinci terkait dengan tindakan yang akan diberikan. Pernyataan tersebut mendukung pernyataan bahwa ketidakcukupan informasi dapat memperparah kecemasan yang muncul dan berpotensi menimbulkan kesalahpahaman (Woldegerima *et al.*, 2018). Akan tetapi, penelitian oleh Celik dan Edipoglu (2018) melaporkan hasil bahwa pasien dengan ketersediaan informasi yang cukup, serta memiliki kesadaran yang tinggi terhadap anestesi dan pembedahan justru menunjukkan peningkatan skor ansietas (Celik dan Edipoglu, 2018). Persepsi rasa takut dan kecemasan *preoperative* tidak secara signifikan dipengaruhi oleh tingkat pemahaman seseorang (Widyastuti *et al.*, 2015).

Hubungan antara pengetahuan pasien tentang prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* sebetulnya sudah banyak diteliti, namun melalui penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2022) dan Woldegerima *et al* (2018) serta Celik dan Epidoglu (2018) dan Widyastuti (2015) masih ditemukan kesenjangan hasil penelitian yang dapat disebabkan oleh situasi dan lokasi penelitian yang berbeda.

Berdasarkan uraian di atas perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

1.2. Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengetahui tingkat pengetahuan pasien tentang prosedur anestesi umum

1.3.2.2. Mengetahui tingkat kecemasan *preoperative* pasien

1.3.2.3. Mengetahui tingkat kebutuhan informasi *preoperative* pasien

1.3.2.4. Mengetahui keeratan hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*

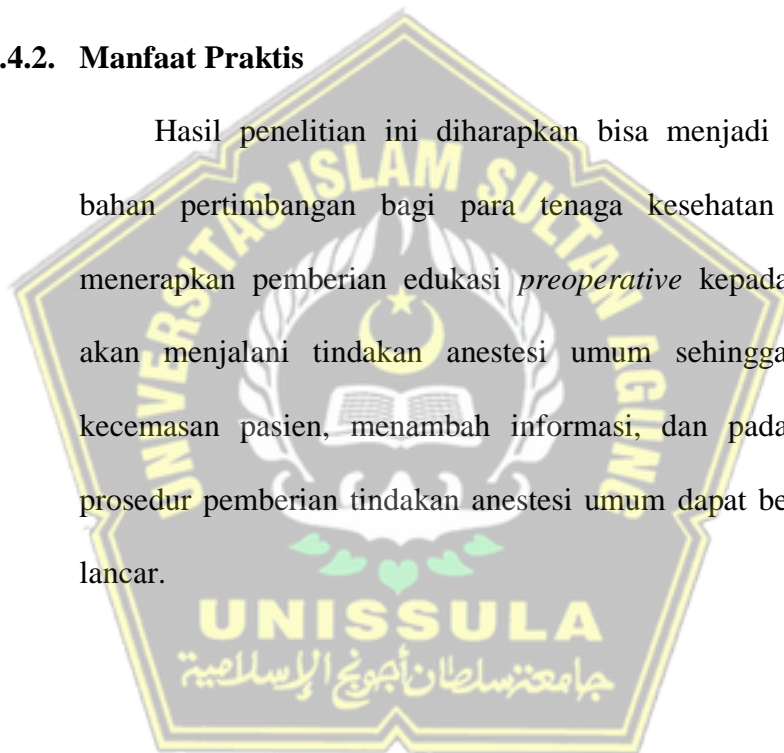
1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan sumber penelitian selanjutnya terkait dengan hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan dan bahan pertimbangan bagi para tenaga kesehatan untuk dapat menerapkan pemberian edukasi *preoperative* kepada pasien yang akan menjalani tindakan anestesi umum sehingga mengurangi kecemasan pasien, menambah informasi, dan pada pelaksanaan prosedur pemberian tindakan anestesi umum dapat berjalan dengan lancar.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan Preoperative

2.1.1. Definisi

Kecemasan *preoperative* merupakan suatu perasaan dimana pasien merasa tidak nyaman yang penyebabnya tidak diketahui dan tidak dapat dijelaskan secara spesifik. Perasaan tersebut menyebabkan ketidakstabilan hemodinamik di dalam tubuh yang dipengaruhi oleh stimulasi hormon dan saraf simpatis serta parasimpatis (Abate *et al.*, 2020). Kecemasan *preoperative* yang dirasakan oleh pasien dapat meliputi dua hal, yaitu cemas karena takut akan pembedahan dan cemas yang berhubungan dengan anestesi (Aust *et al.*, 2018). Pasien yang mengalami kecemasan *preoperative* dapat menimbulkan masalah, bukan hanya secara psikologis, melainkan secara emosional dan fisik. Keadaan ini memunculkan kejadian mual dan muntah, peningkatan kebutuhan penggunaan anestesi, dan rasa nyeri selama masa pascaoperasi (Celik dan Edipoglu, 2018).

2.1.2. Epidemiologi

Suatu penelitian di Ethiopia melaporkan bahwa prevalensi kejadian kecemasan *preoperative* adalah sebesar 59,6% Hasil tersebut selaras dengan penelitian-penelitian sebelumnya yang

menyebutkan bahwa prevalensi kejadian kecemasan *preoperative* secara keseluruhan berkisar antara 60–80%. Prevalensi kecemasan *preoperative* di Pakistan dilaporkan sebesar 62%, sedangkan di Sri Lanka sebesar 76,7%, dan di Jimma, Ethiopia sebesar 70,3%. Adanya variasi prevalensi kecemasan *preoperative* dari hasil penelitian tersebut disebabkan oleh perbedaan kriteria responden yang digunakan seperti halnya usia muda atau penggunaan instrumen penilaian yang berbeda dalam studi tersebut (Woldegerima *et al.*, 2018).

Kejadian kecemasan *preoperative* yang bervariasi juga bergantung pada jenis operasi, jenis kelamin, tujuan dari operasi yang akan dilakukan, dan benua. Berdasarkan jenis operasinya, prevalensi kecemasan *preoperative* tertinggi terdapat pada pasien bedah obstetri sebesar 55%, kemudian pasien bedah khusus sebesar 54%, pasien bedah jantung sebesar 42%, dan pasien kanker sebesar 30% serta pasien bedah ortopedi sebesar 24% sebagai prevalensi terendah. Dilihat dari jenis kelamin, prevalensi risiko kecemasan *preoperative* pada wanita meningkat 82% dibandingkan dengan pasien pria. Jika didasarkan pada benua, Afrika dilaporkan sebagai benua dengan kejadian kecemasan *preoperative* tertinggi sebesar 56% dan diikuti dengan benua Asia sebesar 54%. Sedangkan, benua dengan prevalensi kecemasan *preoperative* terendah dilaporkan

berada di Amerika Utara sebesar 24% dan Amerika Latin sebesar 25% (Abate *et al.*, 2020).

Evaluasi terkait kecemasan *preoperative* pada pasien bedah tidak dijadikan sebagai pemeriksaan rutin yang harus dilakukan sebagai bagian dari persiapan sebelum dilakukan anestesi dan operasi. Hal tersebut yang menyebabkan kecemasan *preoperative* memiliki angka prevalensi yang cukup tinggi di dunia (Abate *et al.*, 2020).

2.1.3. Faktor - Faktor yang Memengaruhi Kecemasan Preoperative

Kecemasan *preoperative* merupakan salah satu respon psikologis pada pasien yang akan menjalani tindakan operasi. Kecemasan tersebut dapat muncul oleh karena faktor-faktor yang memengaruhi diantaranya sebagai berikut (Buonanno *et al.*, 2017; Celik dan Edipoglu, 2018; Woldegerima *et al.*, 2018; Spreckhelsen, 2020):

1. Usia

Usia dengan kecemasan *preoperative* memiliki hubungan negatif dimana semakin tinggi usia, prevalensi kecemasan *preoperative* akan semakin menurun. Pasien dengan usia antara 18–30 tahun lebih banyak mengalami kecemasan *preoperative* dibandingkan dengan pasien dengan usia lebih dari 60 tahun. Hal tersebut berhubungan dengan sifat kecemasan dan status sosial budaya, seperti apakah seseorang tersebut sudah memiliki

pekerjaan atau belum, menjelaskan bahwa sifat tingkat kecemasan akan lebih tinggi pada pasien dengan usia muda.

2. Jenis kelamin

Pasien perempuan berisiko 82% lebih tinggi mengalami kecemasan *preoperative* dibandingkan dengan pasien laki-laki. Risiko kecemasan yang lebih tinggi tersebut berhubungan dengan peningkatan kadar estrogen dan progesteron yang berpengaruh pada gangguan *mood* dan kecemasan. Kepekaan emosional juga memiliki peran dalam timbulnya rasa cemas pada pasien perempuan.

3. Status pendidikan

Kecemasan *preoperative* terjadi secara signifikan pada pasien yang memiliki status pendidikan lebih tinggi. Pasien dengan status pendidikan lebih tinggi dianggap cenderung mampu mencari informasi dan sadar akan bahaya atau komplikasi yang mungkin terjadi sehingga apabila mereka mendapati informasi yang dicari kurang lengkap, hal tersebut yang justru memicu munculnya kecemasan. Namun, beberapa studi melaporkan sebaliknya. Pasien dengan status pendidikan yang lebih rendah merasakan kecemasan lebih banyak dibanding dengan pasien yang status pendidikannya lebih tinggi. Keadaan tersebut disebabkan karena pasien tersebut tidak memiliki cukup informasi terkait prosedur yang akan dijalani dan beberapa hal

yang ingin ditanyakan tidak dapat terjawab seluruhnya pada masa *preoperative*.

4. Jenis pembedahan

Kecemasan *preoperative* terlihat lebih sering muncul pada pasien yang akan menjalani bedah ortopedi dengan prevalensi sekitar 71,4%. Hal tersebut disebabkan oleh kejadian munculnya rasa takut terhadap nyeri lebih sering ditemukan pada pasien bedah ortopedi dan adanya kemungkinan potensi cacat setelah pembedahan dilakukan. Jenis pembedahan dengan tingkat kejadian kecemasan *preoperative* yang tinggi selanjutnya terdapat pada pasien bedah umum dengan prevalensi 67,7%.

5. Jenis anestesi

Pasien yang sudah dijadwalkan untuk menjalani prosedur anestesi umum memiliki skor tingkat ansietas yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang akan menjalani prosedur anestesi regional. Pasien dengan anestesi regional sadar akan keadaan lingkungan di sekitarnya dan terbangun selama pembedahan berlangsung. Hal ini berbeda dengan pasien yang diberikan anestesi umum dimana pasien akan kehilangan kesadaran selama pembedahan dan pada saat itu pasien tidak memiliki kontrol atas dirinya sendiri.

6. Pengalaman pasien

Pengalaman pasien berkaitan dengan kecukupan informasi yang dimiliki oleh pasien. Pasien dengan riwayat pembedahan dan anestesi memiliki tingkat kecemasan *preoperative* lebih rendah karena dianggap sudah memiliki cukup informasi berdasarkan pengalaman sebelumnya.

7. Status fisik

Pasien dengan penilaian status fisik berdasarkan klasifikasi ASA (*American Society of Anesthesiologists*) yang masuk dalam kategori ASA II mengalami kecemasan *preoperative* lebih sering dibandingkan dengan pasien dengan kategori ASA I. Keadaan tersebut berhubungan dengan penyakit yang menyertai kondisinya.

2.1.4. Pengukuran Tingkat Kecemasan Preoperative

Tingkat kecemasan *preoperative* perlu diukur untuk memperkirakan efektivitas kerja obat anestesi dan analgesik yang akan diberikan kepada pasien karena efek yang ditimbulkan dapat berbeda antara pasien yang mengalami kecemasan dengan yang tidak. Tingkat kecemasan *preoperative* pasien dapat dinilai menggunakan *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS). Instrumen ini dikembangkan oleh Moerman dkk (1996) dari *University of Amsterdam* yang ditujukan sebagai instrumen *screening* dan digunakan pada masa *preoperative*.

Instrumen APAIS disusun berdasarkan aspek yang diperhatikan pada perawatan *preoperative*, diantaranya kecemasan dan kebutuhan informasi.

Aspek pertama adalah aspek kecemasan. Kecemasan yang muncul pada pasien *preoperative* dapat mengganggu pemberian injeksi intravena karena adanya vasokonstriksi akibat peningkatan sistem saraf otonom sehingga aspek tersebut menjadi hal yang perlu diatasi. Aspek kedua berkaitan dengan kebutuhan informasi. Hal ini didasarkan pada cara seseorang mengatasi stres. Menurut referensi dari hasil karya Miller dan Mangan, terdapat 2 cara yang dilakukan pasien dalam mengatasi stres pada situasi yang mengancam. Dua cara pasien dalam mengatasi stres kemudian disebut dengan “*monitors*” dan “*blunters*.” *Monitors* adalah sebutan bagi orang yang aktif mencari dan ingin mengetahui informasi sebanyak mungkin, sedangkan *blunters* adalah sebutan bagi orang yang tidak membutuhkan informasi bahkan menghindari sumber informasinya. Berdasarkan kedua aspek tersebut, instrumen APAIS memungkinkan untuk membedakan tidak hanya pasien dengan cemas dan tidak dengan cemas, tetapi juga pasien yang membutuhkan informasi dan yang tidak.

Untuk membedakan komponen aspek yang akan diukur, instrumen APAIS berisi 6 pernyataan yang terbagi dalam 2 komponen, dimana 4 pernyataan merupakan komponen untuk

mengukur tingkat kecemasan dan 2 pernyataan lainnya merupakan komponen untuk mengukur kebutuhan informasi. Setiap pernyataan memiliki 5 kemungkinan jawaban, yaitu skor 1 apabila “sama sekali tidak,” skor 2 apabila “tidak terlalu,” skor 3 apabila “sedikit,” skor 4 apabila “agak,” dan skor 5 apabila “sangat.” Skor untuk mengukur tingkat kecemasan terdiri dari 4 poin dengan jumlah seluruhnya memiliki rentang antara 4–20. Sedangkan, skor untuk mengukur kebutuhan informasi terdiri dari 2 poin dengan jumlah seluruhnya memiliki rentang antara 2–10 dimana pasien dengan skor 2–4 adalah tingkat kebutuhan informasi rendah (*blunters*), skor 5–7 adalah mereka yang membutuhkan informasi di tingkat rata-rata (tingkat kebutuhan informasi sedang), dan skor 8–10 merupakan pasien dengan kebutuhan informasi tinggi (*monitors*) (Moerman *et al.*, 1996)

2.2. Pengetahuan

2.2.1. Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil belajar seseorang yang menghasilkan kemampuan untuk dapat mengetahui dan menelaah sesuatu (Adi Pratama *et al.*, 2022). Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai luasnya perspektif yang terbentuk dari gabungan pengalaman, nilai, dan informasi seseorang untuk digunakan dalam memberi evaluasi dan menyatukan informasi baru dengan yang sudah dimiliki. (Ayatulloh, Nursalam dan Kurniawati, 2021). Dalam praktiknya,

penerapan pengetahuan merupakan proses yang dinamis dan interaktif. Proses tersebut dimulai dari menilai kebutuhan seseorang dengan mempertimbangkan situasi dan cara memperoleh pengetahuan tersebut, membagi pengetahuan yang didapat, melakukan pertukaran pengetahuan, mengevaluasi pengetahuan yang dibagikan kepada orang lain, memberikan *feedback*, hingga akhirnya dapat menerapkan pengetahuan tersebut (Roohi, Mahmoodi, dan Khoddam, 2020).

Pengetahuan berfungsi sebagai acuan untuk membuat kebijakan dan tindakan. Hal ini dapat diartikan bahwa membangun keyakinan, sikap positif, dan praktik yang baik membutuhkan pengetahuan sebagai syarat yang harus dipenuhi sebelum memunculkan sebuah kebijakan dan tindakan. Seluruh hal tersebut harus berjalan secara sinergis untuk menghindari adanya kesenjangan antara pengetahuan dan praktiknya. Di bidang kesehatan, konsep pengetahuan ini digunakan dalam proses pengambilan keputusan dimana keputusan yang dihasilkan berhubungan erat dengan pengetahuan dan penelitian yang tersedia di bidang tersebut (Roohi, Mahmoodi, dan Khoddam, 2020). Tidak hanya itu, pengetahuan juga akan memengaruhi sikap serta persepsi individu terhadap efektivitas cara pencegahan penyakit yang dilakukan.

2.2.2. Pembentukan Pengetahuan

Proses terbentuknya pengetahuan pada seorang individu didasari oleh teori konstruktivisme. Teori konstruktivisme adalah teori yang menjelaskan bagaimana seseorang memperoleh dan membangun pengetahuan melalui pengalaman yang unik yang dimilikinya. Teori konstruktivisme menciptakan lingkungan pembelajaran yang menuntut seseorang untuk aktif berinteraksi dengan lingkungan mereka dalam proses belajar dan mencari informasi. Seseorang dilatih untuk memunculkan rasa ingin tahu yang tinggi, bukan hanya terkait gambaran umum dari suatu pengetahuan, melainkan juga cara kerja, fungsi, dan proses dari pengetahuan tersebut. Melalui proses belajar ini, seseorang bisa menerapkan pengetahuan serta pengalaman yang ada, membuat dugaan (hipotesis), melakukan percobaan, dan membuat kesimpulan dari temuan hasil percobaan dan dugaan tersebut sehingga terbentuk suatu pengetahuan baru.

Konstruktivisme menjelaskan 2 gagasan penting dalam membangun pengetahuan. Gagasan pertama menyatakan bahwa untuk membangun pemahaman dan pengetahuan baru dapat menggunakan pengetahuan yang sudah dimiliki sebelumnya. Pengetahuan yang dimiliki sebelumnya dapat memengaruhi maupun dapat dimodifikasi oleh pengetahuan yang baru. Gagasan kedua menyatakan bahwa belajar merupakan suatu proses aktif, bukan

pasif. Pengetahuan dan pemahaman yang sudah dimiliki oleh seseorang belum tentu sesuai dan konsisten dengan pengalaman baru yang didapatnya. Ketika seseorang mendapatkan ketidaksesuaian tersebut, pemahaman yang mereka miliki dapat berubah untuk menyesuaikan dengan pengalaman baru. Melalui situasi yang ada seseorang akan tetap aktif dalam proses belajarnya, yaitu dengan mengaitkan pemahaman sebelumnya dengan pengalaman saat ini, memperhatikan hal-hal dari pengalaman baru, menilai kesesuaian pengetahuan yang dimiliki sebelumnya dengan yang baru, dan akhirnya dapat memodifikasi pengetahuan tersebut (Sugrah, 2019).

2.2.3. Faktor - Faktor yang Memengaruhi Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya (Adi Pratama *et al.*, 2022; Notoatmodjo, 2010; Wang *et al.*, 2021):

1. Usia

Tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh usia dimana semakin bertambahnya usia, daya tangkap dan pola pikirnya akan semakin berkembang. Berkembangnya daya tangkap tersebut akan memengaruhi kemampuan dalam memproses informasi dan pengetahuan sehingga keduanya dapat diterima oleh seseorang dengan baik.

2. Pendidikan

Pendidikan memengaruhi proses belajar, khususnya dalam mengembangkan kemampuan seseorang untuk mempelajari dan memproses pengetahuan baru. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin baik pula kemampuannya untuk memperoleh dan memahami suatu informasi dengan cepat. Selain itu, individu dengan pendidikan lebih tinggi memiliki kesadaran lebih untuk terus mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan sehingga pengetahuannya akan cenderung meningkat.

3. Jenis kelamin

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wang *et al.*, (2021) perempuan yang bekerja sebagai ibu rumah tangga menjadi pengambil keputusan ketika akan memberikan pengobatan untuk anggota keluarga maupun dirinya sendiri sehingga dalam hal ini, perempuan akan lebih cenderung mandiri dalam mencari informasi yang dibutuhkan. Tuntutan tersebut memungkinkan perempuan memiliki pengetahuan yang terus bertambah.

4. Lingkungan

Cara seseorang memperoleh pengetahuan tidak terlepas dari lingkungan sekitarnya. Lingkungan tersebut yang menjadi tempat baik terjadinya interaksi timbal balik maupun tidak yang

kemudian oleh masing-masing individu akan dipersepsikan sebagai pengetahuan.

5. Akses informasi

Adanya kemajuan teknologi mendukung peningkatan pengetahuan seseorang, salah satunya hadirnya internet. Munculnya internet memudahkan setiap individu untuk memperoleh informasi dan meningkatkan akses pengetahuan, termasuk pengetahuan kesehatan. Kemudahan seseorang dalam mengakses informasi sejalan dengan peningkatan pengetahuan yang didapatkan.

6. Status ekonomi

Status ekonomi berhubungan dengan ketersediaan fasilitas yang dimiliki. Sebagai contoh, seseorang dengan status ekonomi tinggi akan lebih mengenal teknologi, dilihat dari fasilitas komputer, laptop, televisi, maupun *handphone* yang dimiliki dimana alat-alat tersebut menunjang seseorang dalam mencari dan memperoleh pengetahuan. Lain halnya dengan seseorang dengan status ekonomi yang rendah belum tentu memiliki kemudahan akses selayaknya seseorang dengan status ekonomi tinggi.

7. Pengalaman

Cara untuk mendapatkan kebenaran pengetahuan salah satunya adalah melalui pengalaman. Semakin banyak

pengalaman, semakin banyak pula kebenaran pengetahuan yang diperoleh.

2.2.4. Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dapat diukur menggunakan pertanyaan dan/atau pernyataan yang terkait dengan topik penelitian dalam bentuk tertulis berupa kuesioner atau melakukan wawancara langsung kepada responden. Pengukuran tingkat pengetahuan dalam penelitian ini akan dilakukan menggunakan rumus perhitungan sebagai berikut (Arikunto, 2013):

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

Keterangan:

P = Skor pengetahuan

f = Jumlah jawaban benar

N = Jumlah pernyataan pada kuesioner

2.2.5. Kategori Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2013), hasil tingkat pengetahuan yang sudah diukur dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Baik : 76–100%
- b. Cukup : 56–75%
- c. Kurang: <56%

Dalam ranah kognitif, tingkat pengetahuan menurut Taksonomi Bloom terbagi dalam 6 tingkat (Agus Cahyono *et al.*, 2019):

a. C1 (Pengetahuan/*Knowledge*)

Tingkatan ini menempatkan kemampuan menghafal atau mengingat kembali materi yang sudah diberikan sebagai kemampuan yang harus dikuasai. Meskipun berada dalam tingkatan terendah, kemampuan ini menjadi syarat untuk dapat menguasai tingkat pengetahuan selanjutnya.

b. C2 (Pemahaman/*Comprehension*)

Kemampuan yang diperlukan dalam tingkatan ini adalah kemampuan untuk memahami materi yang diimplementasikan dengan menjawab pertanyaan menggunakan kata maupun kalimat sendiri. Kemampuan memahami terbagi dalam 3 kategori, kemampuan mengubah suatu bentuk simbol ke bentuk yang lain (translasi), kemampuan dalam menjelaskan materi (interpretasi), dan kemampuan memperluas arti (ekstrapolasi).

c. C3 (Penerapan/*Application*)

Pada tingkatan ini, kemampuan kognitif dilihat dari bagaimana seseorang dapat menerapkan dan menggunakan pemahaman konsep materi yang didapat dalam kehidupan sehari-hari.

d. C4 (Analisis/*Analysis*)

Tingkat pengetahuan C4 menekankan pada kemampuan dalam menjabarkan suatu materi yang didapat menjadi bagian-bagian tertentu yang lebih jelas dengan cara menemukan

dugaan, membedakan antara fakta dan opini, hingga menemukan hubungan sebab-akibat. Secara singkat, kemampuan C4 dibagi dalam 3 kelompok, yaitu kemampuan menganalisis komponen-komponen materi (analisis elemen/unsur), kemampuan mengidentifikasi hubungan (analisis hubungan), dan mengidentifikasi prinsip-prinsip organisasi (analisis perorganisasian).

e. C5 (*Sintesis/Synthesis*)

Setelah menguasai 4 tingkatan pengetahuan sebelumnya, pada tingkatan ini seseorang mampu menggabungkan berbagai informasi, ilmu, dan pengetahuan yang didapat untuk membuat hipotesis maupun teorinya sendiri.

f. C6 (*Evaluasi/Evaluation*)

Tingkatan ini merupakan tingkat terakhir dalam mengukur pengetahuan seseorang. Kemampuan yang ditekankan dalam tingkatan ini adalah kemampuan untuk menilai dan mengevaluasi materi yang didapat serta membuat keputusan berdasarkan materi tersebut. Pada waktu yang bersamaan, tingkatan ini juga memberikan seseorang peluang untuk memperoleh pengetahuan baru, memahami dengan lebih baik, serta memberikan cara baru dalam menerapkan maupun menganalisis pengetahuan. Bloom (1908) menyatakan bahwa

terdapat 2 jenis evaluasi, yaitu evaluasi berdasarkan bukti internal dan evaluasi berdasarkan bukti eksternal.

2.3. Anestesi Umum

2.3.1. Definisi

Anestesi umum adalah tindakan pemberian obat untuk menghilangkan rasa sakit dan menyebabkan seseorang kehilangan kesadaran dalam beberapa waktu yang dapat diperkirakan durasinya (Pramono, 2015). Anestesi umum diberikan untuk menekan stimulasi saraf pusat atau melalui mekanisme sentral sehingga yang tidak dapat merasakan rasa sakit bukan hanya beberapa bagian tubuh saja, melainkan seluruh bagian tubuh (Jatmiko *et al.*, 2013). Prinsipnya, pemberian anestesi umum meliputi trias anestesi yang ingin didapatkan, diantaranya sedatif untuk membuat pasien mengantuk hingga tertidur, analgesik agar pasien tidak merasakan sakit, dan relaksan otot untuk membuat saraf simpatik maupun parasimpatik mencapai stabilitas otonom (Pramono, 2015).

2.3.2. Teknik Pemberian Anestesi Umum

Pemilihan teknik anestesi umum didasarkan pada kebutuhan tindakan diagnostik maupun terapeutik yang akan dilalui oleh pasien. Menurut Katzung B G (2018), teknik pemberian anestesi umum berdasarkan sediaan obat dibagi menjadi 3:

1. Anestesi inhalasi

Anestesi inhalasi terbagi lagi menjadi dua jenis, yaitu volatil dan gas. Anestesi volatil berwujud cair pada suhu kamar karena memiliki titik didih yang tinggi dengan tekanan uap rendah. Halotan, enflurane, isoflurane, desflurane, dan sevoflurane termasuk dalam anestesi volatil yang pemberiannya harus menggunakan alat uap yang tepat. Sebaliknya, anestesi gas memiliki titik didih yang rendah dengan tekanan uap tinggi sehingga pada suhu kamar akan berwujud gas. Anestesi gas mencakup nitrogen oksida dan xenon.

2. Anestesi intravena

Anestesi intravena banyak dijadikan pilihan untuk induksi anestesi dengan onset kerja cepat karena memiliki sifat lipofilik. Sifat lipofilik tersebut membuat obat dapat dengan mudah memasuki organ maupun jaringan dengan perfusi tinggi seperti otak dan sumsum tulang belakang. Selain itu, anestesi intravena juga sering digunakan sebagai sedatif untuk pasien yang berada di ruang ICU. Salah satu yang termasuk anestesi intravena adalah propofol.

3. Anestesi seimbang

Baik anestesi inhalasi maupun anestesi intravena, keduanya belum bisa memberikan 5 efek keadaan neuropsikologis (ketidaksadaran, kehilangan daya ingat untuk sementara, pereda rasa nyeri, hambatan refleks otonom, dan pengenduran otot rangka) sekaligus dalam 1 kali pemberian anestesi. Teknik anestesi seimbang atau *balanced anesthesia* menggabungkan kelebihan dari masing-masing cara kerja anestesi inhalasi dan intravena untuk mendapatkan 5 efek neuropsikologis yang diharapkan dengan lengkap serta meminimalisasi efek yang tidak diharapkan. Beberapa obat yang dikombinasikan pada teknik anestesi seimbang diantaranya anestesi inhalasi, opioid, obat penghambat neuromuskuler, dan sedatif-hipnotik.

2.3.3. Prosedur Anestesi Umum

Pemberian anestesi umum harus dilakukan dengan mengikuti beberapa prosedur yang dilakukan secara sistematis. Prosedur pemberian anestesi umum diantaranya sebagai berikut:

1. Persiapan

Menurut Latief, Suryadi, dan Dachlan (2007) tahap persiapan pra anestesi meliputi:

a. Anamnesis

Ketika anamnesis pra anestesi, perlu ditanyakan riwayat apakah pasien sudah pernah mendapatkan prosedur anestesi, apakah ada hal atau penyakit bawaan yang membutuhkan perlakuan khusus, apakah ada keluhan atau efek samping yang ditimbulkan dari pemberian anestesi sebelumnya, hingga pertanyaan terkait riwayat alergi terhadap obat tertentu. Selain itu, perlu didapatkan juga informasi terkait gaya hidup pasien seperti kebiasaan merokok yang bisa berpengaruh pada sistem kardiovaskular dan respirasi serta kebiasaan minum alkohol yang berkaitan dengan penyakit hepar. Dengan mendapatkan informasi tersebut, dokter dapat merancang pemberian anestesi berikutnya dengan lebih baik.

b. Pemeriksaan fisik

Salah satu akses pemberian obat anestesi adalah melalui mulut dan laring. Pemeriksaan fisik pada mulut perlu diperhatikan khususnya pada ukuran lidah karena lidah yang besar berpotensi menyulitkan tindakan laringoskopi intubasi. Selain itu, penilaian pada leher pasien juga perlu dilakukan apabila leher pasien pendek serta kaku, hal ini juga menjadi penyulit untuk melakukan laringoskopi intubasi.

c. Pemeriksaan laboratorium

Sebelum melakukan pemberian anestesi, perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium yang sesuai dengan indikasi terkait dengan penyakit yang dialami pasien. Pemeriksaan laboratorium yang biasanya dilakukan adalah uji rutin seperti pemeriksaan leukosit, hemoglobin, masa perdarahan, dan masa pembekuan. Dalam hal ini, pasien dengan usia lanjut (>50 tahun) perlu mendapatkan pemeriksaan tambahan seperti pemeriksaan elektrokardiografi (EKG) dan foto toraks.

d. Kebugaran pasien

Pasien yang akan diberikan obat anestesi hendaknya dalam keadaan bugar untuk dapat mengoptimalkan pemberian obat tersebut. Penilaian kebugaran pasien dapat dilakukan dengan mengacu pada klasifikasi status fisik berdasarkan *The American Society of Anesthesiologists* (ASA), yaitu (Longnecker *et al.*, 2018):

Tabel 2.1. Klasifikasi Status ASA

Klasifikasi Status Fisik	Definisi
ASA I	Pasien sehat biasa
ASA II	Pasien dengan penyakit sistemik ringan (tanpa keterbatasan fungsional)
ASA III	Pasien dengan penyakit sistemik berat (dengan beberapa keterbatasan fungsional)
ASA IV	Pasien dengan penyakit sistemik berat dan penyakitnya merupakan ancaman kehidupannya setiap saat (ada ketidakmampuan fungsi)
ASA V	Pasien yang hampir mati dan diperkirakan tidak akan bertahan hidup tanpa operasi
ASA VI	Pasien mati otak dilakukan pengambilan organ untuk keperluan donor
E	Jika prosedur tersebut merupakan prosedur darurat, status fisik dicatat dengan diikuti E (contohnya "2E")

e. *Intake oral*

Selama pemberian obat anestesi, laring akan mengalami penurunan refleks sehingga dapat menimbulkan refluks isi lambung dan kotoran pada jalan napas. Untuk meminimalkan risiko tersebut, pasien diminta untuk berpuasa dalam jangka waktu tertentu sebelum mendapatkan prosedur anestesi. Umumnya, pasien dewasa diminta untuk puasa 6–8 jam, anak kecil 4–6 jam, dan bayi 3–4 jam sebelum pemberian anestesi. Pada keadaan tertentu dimana pasien memiliki kewajiban untuk mengonsumsi obat, pasien diperbolehkan minum air putih hingga 1 jam sebelum prosedur dengan jumlah yang dibatasi.

f. Premedikasi

Sebelum dilakukannya prosedur anestesi, pasien dapat diberikan obat-obatan tertentu yang diantaranya bertujuan untuk mengurangi rasa cemas dan takut pasien, mengurangi efek obat anestesi pascabedah seperti mual dan muntah, mengurangi sekresi kelenjar ludah dan bronkus, mengurangi isi cairan lambung, serta mengurangi refleksi yang membahayakan agar dapat memperlancar induksi anestesi. Beberapa contoh obat yang diberikan sebagai premedikasi adalah diazepam dosis 10–15 mg per oral untuk meredakan rasa cemas dan takut pasien serta ondansetron dosis 2–4 mg intramuskular untuk mengurangi efek mual dan muntah pascabedah.

2. Induksi

Pemberian anestesi dimulai dengan memasukkan obat ke dalam tubuh pasien yang disebut dengan induksi. Induksi obat anestesi dapat dilakukan sekali saja untuk operasi dengan durasi pendek dan dapat dilakukan pengulangan pemberian obat untuk mempertahankan kedalaman anestesi pada operasi yang durasinya cukup panjang. Pemberian induksi obat anestesi dapat dilakukan dengan 3 cara:

a. Induksi inhalasi

Pemberian obat anestesi dilakukan dengan cara memberikan gas campuran udara atau oksigen yang diambil dari tabung gas N₂O menggunakan sungkup muka atau dengan obat anestesi cair yang dituangkan dalam vaporizer kemudian meminta pasien menghirup uap tersebut. Induksi inhalasi biasa dilakukan pada pasien bayi dan anak.

b. Induksi intravena

Obat anestesi diberikan dengan cara menyuntikkan obat anestesi melalui pembuluh darah vena.

c. Induksi intramuskuler

Pemberian obat anestesi dilakukan dengan melakukan suntikan ke dalam otot. Umumnya dilakukan pada pasien anak-anak.

d. Induksi rektal

Sesuai dengan namanya, pemberian obat anestesi dilakukan dengan memasukkan obat melalui rektum pasien. Sebelum dilakukan induksi rektal, pasien perlu diberikan oksigenasi.

3. Pemeliharaan (*Maintenance*)

Selama pemberian anestesi, perlu dilakukan pemantauan terhadap dosis obat untuk mencegah efek yang terlalu ringan atau terlalu dalam sehingga bisa membahayakan keselamatan

pasien. Obat anestesi akan diberikan kembali pada fase ini dengan dosis tertentu yang disesuaikan dengan jenis operasinya. Beberapa operasi tertentu membutuhkan anestesi umum yang tingkat kedalamannya mencapai trias anestesi. Sama seperti tahap induksi, pemberian obat anestesi pada tahap pemeliharaan ini dapat melalui inhalasi atau VIMA (*Volatile Inhalation and Maintenance Anesthesia*), intravena total (*total intravenous anesthesia*), atau gabungan keduanya dengan pemberian secara bertahap maupun terus menerus dalam satu waktu.

Tahap pemeliharaan ini cukup penting untuk kestabilan kondisi pasien. Pasien dengan tingkat analgesia yang kurang ketika diberikan rangsangan nyeri akan memberikan respons seperti gerakan lengan atau kaki, pernapasan yang tidak teratur, denyut nadi semakin cepat, dan perubahan hemodinamik lainnya yang bisa mengganggu ahli bedah karena kesulitan melakukan tugasnya dengan baik. Keadaan seperti ini dapat diatasi dengan cara menambah dosis obat untuk meningkatkan kedalaman anestesi dan mencapai keadaan relaksasi. Namun, tidak dapat dipungkiri bahwa penambahan dosis obat anestesi untuk mencapai keadaan tersebut juga dapat menimbulkan efek samping, salah satunya adalah terganggunya organ vital. Untuk mengatasi keadaan tersebut, diperlukan *balance* anestesi yang dilakukan dengan cara memberikan obat hipnotik untuk

membuat pasien tertidur, penggunaan obat analgetik kuat, serta menggunakan pelemas otot (*muscle relaxant*). Selama penggunaan *muscle relaxant* perlu diikuti dengan memberikan nafas buatan melalui pompa untuk mencegah pasien hipoksia akibat relaksasi dari otot-otot respirasi.

4. Pemulihan

Obat anestesi akan dihentikan ketika operasi telah selesai. Prosedur penghentian obat anestesi bergantung pada jenis pemberian anestesi yang digunakan. Pada anestesi inhalasi, penghentian dilakukan dengan cara oksigenasi, yaitu menaikkan aliran oksigen bersamaan dengan dihentikannya pemberian obat anestesi. Prinsipnya, aliran oksigen yang dinaikkan akan membuat tekanan parsial obat anestesi pada alveolus akan berangsur turun dan lebih rendah daripada tekanan parsial yang berada di dalam darah sehingga akan terjadi difusi antara obat anestesi inhalasi dari dalam darah menuju alveolus. Meningkatnya aliran oksigen pada alveolus membuat oksigen dapat berdifusi masuk ke dalam darah dan bertukar posisi dengan obat anestesi. Selama proses ini, kecepatan difusi akan meningkat seiring dengan tingginya tekanan parsial oksigen pada alveolus. Terjadinya difusi antara oksigen ke dalam darah dengan keluarnya obat anestesi bersama udara ekspirasi

membuat kadar obat semakin menurun. Turunnya kadar obat anestesi secara perlahan akan mengembalikan kesadaran pasien.

Pada anestesi intravena, kadar obat anestesi akan berangsur turun melalui proses metabolisme dan ketika pemberiannya dihentikan. Penghentian anestesi respirasi dibedakan berdasarkan penggunaan pipa endotrakeal. Pada anestesi spontan (tanpa pipa endotrakeal) hanya perlu menunggu hingga pasien sadar. Sedangkan, pada anestesi dengan penggunaan pipa endotrakeal perlu dilakukan ekstubasi (melepas pipa endotrakeal) yang bisa dilakukan baik ketika pasien masih berada dalam anestesi dalam maupun ketika pasien sudah sadar. Hal yang perlu diperhatikan adalah pada pasien dengan *balance* anestesi, ekstubasi boleh dilakukan ketika pasien sudah bisa bernapas dengan adekuat.

Setelah penghentian obat anestesi dilakukan, pasien dengan pemberian *muscle relaxant* perlu dilakukan *reverse* untuk mempercepat pemulihan. *Reverse* dilakukan dengan memberikan obat antikolinesterase. Beberapa ahli anestesi berpendapat bahwa meskipun napas penderita sudah adekuat, *reverse* tetap diberikan.

5. Pemindahan pasien dari kamar operasi

Setelah seluruh prosedur anestesi dan operasi selesai, pasien perlu dilakukan *assessment* terlebih dahulu sebelum dipindahkan dari kamar operasi. *Assessment* pasien dilakukan

menggunakan *Aldrette Score*. Komponen penilaian *Aldrette Score* didasarkan pada kondisi respirasi, kesadaran, sirkulasi, aktivitas, dan warna kulit pasien dengan rentang nilai masing-masing 0–2. Pasien yang dapat dipindahkan ke ruang perawatan adalah pasien dengan *Aldrette Score* 8. Pada pasien rawat jalan yang sudah mencapai *Aldrette Score* 10 perlu menunggu 2 jam terlebih dahulu untuk latihan secara bertahap terkait kemampuan duduk, turun, jalan, dan minum (Jatmiko *et al.*, 2013).

Tabel 2.2. *Aldrette Score*

Hal yang Dinilai	Nilai
1. Kesadaran	
- Sadar penuh	2
- Bangun bila dipanggil	1
- Tidak ada respons	0
2. Respirasi	
- Dapat melakukan napas dalam, bebas, dan dapat batuk	2
- Sesak napas, napas dangkal, atau ada hambatan	1
- <i>Apnoe</i>	0
3. Sirkulasi: Perbedaan dengan tekanan darah praanestesi	
- Perbedaan +20	2
- Perbedaan +50	1
- Perbedaan lebih dari +50	0
4. Aktivitas: dapat menggerakkan ekstremitas atas perintah	
- 4 ekstremitas	2
- 2 ekstremitas	1
- Tidak dapat	0
5. Warna kulit	
- Normal	2
- Pucat, gelap, kuning, atau berbintik-bintik	1
- Sianosis	0

2.4. Hubungan Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Tingkat Kecemasan dan Kebutuhan Informasi *Preoperative*

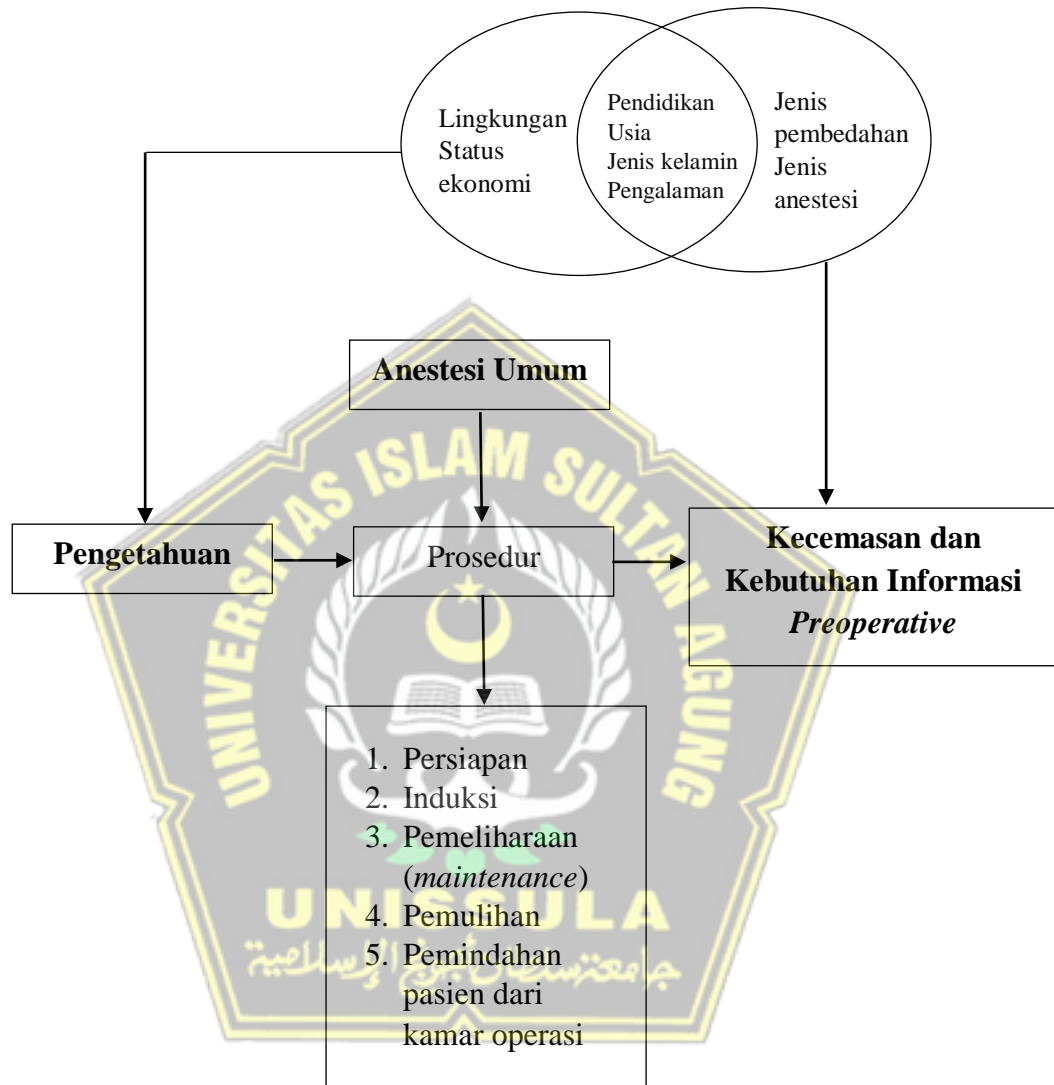
Pengetahuan digunakan dalam proses pengambilan keputusan (Roohi, Mahmoodi, dan Khoddam, 2020). Pengetahuan juga memiliki fungsi sebagai acuan dalam membuat kebijakan dan tindakan sehingga untuk membangun keyakinan, sikap positif, dan praktik yang baik dibutuhkan pengetahuan yang cukup. Untuk bisa mengambil keputusan dengan baik dan membangun keyakinan tersebut, rata-rata pasien membutuhkan informasi rinci terkait tindakan yang akan diberikan. Minimnya pengetahuan dan informasi pasien terkait prosedur yang akan dijalani, salah satunya prosedur pemberian tindakan anestesi, memengaruhi pasien dalam membentuk persepsinya sehingga dapat timbul kecemasan (Bedaso, Mekonnen, dan Duko, 2022). Kecemasan yang muncul pada masa *preoperative* yang dimulai sejak pasien membuat keputusan untuk menjalani operasi hingga pasien berada di meja operasi disebut dengan kecemasan *preoperative* (Spreckhelsen, 2020).

Kecemasan *preoperative* merupakan suatu perasaan dimana pasien merasa tidak nyaman yang penyebabnya tidak diketahui dan tidak dapat dijelaskan secara spesifik (Abate *et al.*, 2020). Pasien bisa merasakan kecemasan lebih besar apabila jadwal operasi telah ditetapkan karena pasien akan mempersepsikan bahwa sesuatu yang mengancam kehidupannya akan datang dalam waktu dekat (Widyastuti *et al.*, 2015). Kecemasan *preoperative* yang dirasakan oleh pasien dapat meliputi dua hal, yaitu cemas

karena takut akan pembedahan dan cemas yang berhubungan dengan anestesi (Aust *et al.*, 2018).

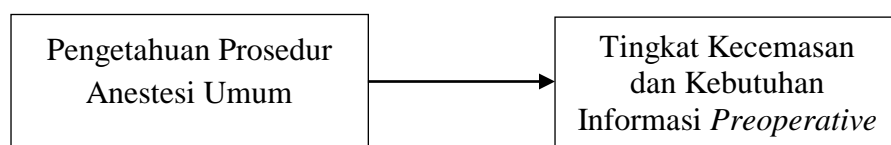


2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

2.7. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah terdapat hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian analitik observasional dengan mencari hubungan antara 2 variabel, yaitu pengetahuan pasien tentang prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* melalui pengamatan tanpa pemberian intervensi pada subjek penelitian. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* dimana penelitian dilakukan tanpa prosedur tindak lanjut sehingga pengukuran variabel risiko dan efek sesuai dengan keadaan pada waktu observasi (Sastroasmoro, 2014).

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel Penelitian

3.2.1.1. Variabel Bebas

Pengetahuan prosedur anestesi umum

3.2.1.2. Variabel Terikat

Tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Variabel Bebas

Variabel pengetahuan pasien tentang prosedur anestesi umum pada penelitian ini diperoleh berdasarkan pengisian kuesioner pengetahuan yang dibuat oleh peneliti

dan disesuaikan dengan teori pada tinjauan pustaka yang tersedia. Peneliti melakukan wawancara terstruktur dengan panduan kuesioner kepada pasien. Jika pasien kurang memahami maksud pernyataan dalam kuesioner, peneliti akan memberikan penjelasan kepada pasien. Kuesioner pengetahuan terdiri dari 10 pernyataan dengan pilihan jawaban benar (1), salah (0), dan tidak tahu (0). Hasil pengisian kuesioner pengetahuan selanjutnya dijumlah dan dikonversikan ke dalam bentuk persentase sehingga nilai minimal adalah 0% dan nilai maksimal pengetahuan adalah 100%.

Skala: Rasio

3.2.2.2. Variabel Terikat

Pada penelitian ini, yang dimaksud tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* adalah penilaian rasa takut dan tidak nyaman terhadap pembedahan maupun anestesi serta seberapa banyak kebutuhan informasi yang pasien butuhkan pada masa sebelum operasi dimulai. Kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* dinilai 1 jam sebelum pasien memulai operasi yang dilakukan di ruang *transport* instalasi bedah sentral (IBS) Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang. Pengambilan data dilakukan dengan teknik wawancara terstruktur oleh

peneliti dengan panduan kuesioner skor *Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale* (APAIS) yang berisi 6 pernyataan dimana 4 pernyataan menilai rasa takut terhadap anestesi dan prosedur operasi serta 2 pernyataan lainnya menilai kebutuhan pasien terhadap informasi. Setiap pernyataan memiliki 5 kemungkinan jawaban yaitu skor 1 apabila “sama sekali tidak,” skor 2 apabila “tidak terlalu,” skor 3 apabila “sedikit,” skor 4 apabila “agak,” dan skor 5 apabila “sangat.” Skor tersebut kemudian dijumlahkan dan didapatkan hasil nilai minimal untuk skor kecemasan berkisar antara 4–20 sedangkan untuk skor kebutuhan informasi berkisar antara 2–10. Semakin tinggi skor yang didapat menunjukkan semakin tingginya tingkat kecemasan *preoperative* dan kebutuhan informasi yang dibutuhkan oleh pasien.

Skala: Interval

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi Penelitian

3.3.1.1. Populasi Target

Populasi target dari penelitian ini adalah pasien yang akan menjalani tindakan anestesi umum inhalasi.

3.3.1.2. Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah pasien yang menjalani tindakan anestesi umum inhalasi di RSI Sultan Agung Semarang pada Desember 2023–Januari 2024.

3.3.2. Sampel Penelitian

3.3.2.1. Teknik *Sampling*

Penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* dimana subjek yang datang berurutan dan sesuai dengan kriteria akan diikutsertakan dalam penelitian. Pengambilan subjek tersebut dilakukan sampai jumlah subjek terpenuhi (Sastroasmoro, 2014).

3.3.2.2. Jumlah Sampel/Besar Sampel

Penelitian ini menggunakan sampel pasien yang akan menjalani tindakan anestesi umum. Jumlah sampel pasien yang akan diteliti sebanyak 46 sampel di RSI Sultan Agung Semarang. Penentuan jumlah sampel dihitung menggunakan rumus besar sampel korelatif numerik-numerik sebagai berikut (Dahlan, 2010):

$$n = \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0,5 \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = \left[\frac{(1,96 + 1,64)}{0,5 \ln \left(\frac{1 + 0,5}{1 - 0,5} \right)} \right]^2 + 3$$

$$n = 45,99 \sim 46$$

Keterangan:

n = Jumlah subjek

Alpha (α) = Kesalahan tipe I, ditetapkan 5%, hipotesis dua arah

$Z\alpha$ = Nilai standar alpha = 1,96

Beta (β) = Kesalahan tipe II, ditetapkan 10%

$Z\beta$ = Nilai standar beta, diperoleh dari tabel Z = 1,64

r = Koefisien korelasi minimal yang dianggap bermakna = 0,50

3.3.2.3. Kriteria Sampel

a. Kriteria Inklusi

1. Pasien yang direncanakan mendapatkan tindakan anestesi umum inhalasi di RSI Sultan Agung
2. Berusia 18–65 tahun
3. Kesadaran komposmentis (skor GCS 15)
4. Dapat berbahasa Indonesia
5. Pasien dengan klasifikasi status fisik ASA I–II
6. Bersedia berpartisipasi menjadi responden dengan menandatangani lembar *informed consent*

b. Kriteria Eksklusi

1. Memiliki gangguan pendengaran
2. Kuesioner yang diisi tidak lengkap
3. Pasien *cito* yang harus segera mendapatkan tindakan anestesi umum inhalasi

3.4. Instrumen dan Bahan Penelitian

Pengumpulan data penelitian menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari beberapa bagian, meliputi:

1. Data identitas responden: Nama/inisial, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan status pernikahan
2. Data klinis: Riwayat tindakan anestesi sebelumnya, status fisik berdasarkan klasifikasi *American Society of Anesthesiologists (ASA)*, dan skor *glasgow coma scale (GCS)*
3. Alat ukur berupa kuesioner yang terdiri dari:
 - a. Alat Ukur Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum

Kuesioner Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum disusun oleh peneliti berdasarkan penelusuran literatur tentang prosedur anestesi umum (Latief, Suryadi, dan Dachlan (2007)). Kuesioner terdiri dari 10 pernyataan Pilihan jawaban di setiap pernyataan adalah benar, salah, dan tidak tahu. Rincian pernyataan dalam kuesioner pengetahuan prosedur anestesi umum mencakup informasi persiapan anestesi (3 nomor), induksi anestesi (1 nomor), pemeliharaan anestesi (2 nomor), pemulihan anestesi (3 nomor), dan pemindahan pasien dari kamar operasi (1 nomor).

Penilaian pengetahuan dihitung berdasarkan persentase jawaban benar, salah, dan tidak tahu menggunakan rumus perhitungan sebagai berikut (Arikunto, 2013):

$$P = \frac{f}{N} \times 100$$

Keterangan:

P = Skor pengetahuan

f = Jumlah jawaban benar

N = Jumlah pernyataan pada kuesioner

Setiap pernyataan mencakup 3 penilaian meliputi benar (1), salah (0), dan tidak tahu (0). Jumlah dari seluruh skor tersebut akan dikonversi ke dalam bentuk persentase sehingga didapatkan hasil skor 10 *item* pernyataan dengan interpretasi tingkat pengetahuan sebagai berikut:

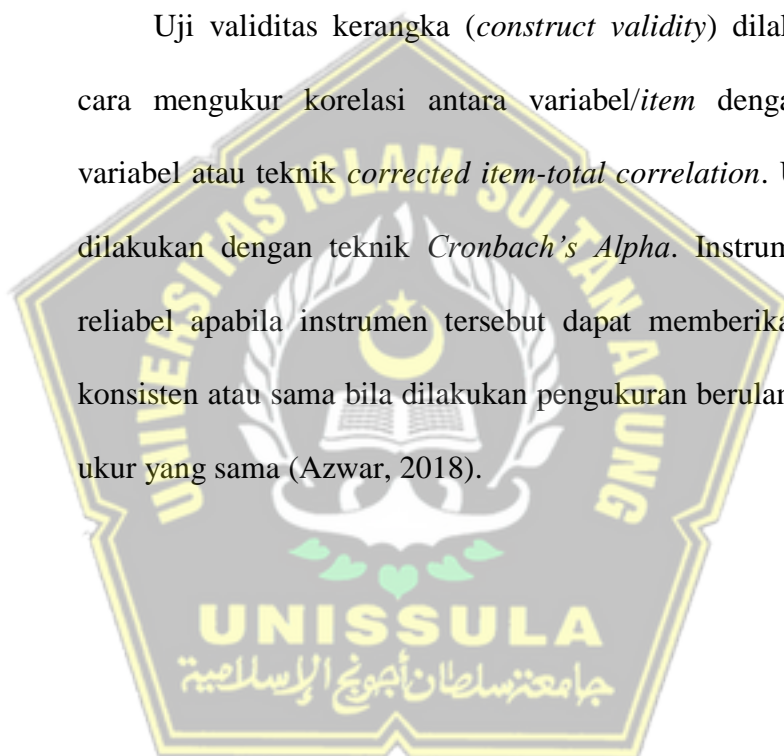
- a. Tinggi : 76–100%
- b. Sedang : 56–75%
- c. Rendah : <56%

Uji validitas dan reliabilitas instrumen pengetahuan prosedur anestesi umum dilakukan menggunakan metode *try-out* terpakai, yaitu hasil uji coba instrumen sekaligus digunakan untuk melakukan uji hipotesis penelitian. Sampel yang digunakan untuk uji instrumen menggunakan sampel yang sama dengan sampel penelitian.

Uji validitas dilakukan menggunakan validitas isi (*content validity*) dan validitas kerangka (*validity construct*). Validitas isi merupakan validasi yang mengukur kelayakan dan relevansi isi tes yang pengukurannya dilakukan oleh panel ahli (*expert judgement*). Uji validitas isi kuesioner ini ditentukan dari hasil penilaian 2 orang pakar, yaitu dr. Dian Ayu Listiarini, Sp.An-TI dari Departemen

Anestesi RSI Sultan Agung Semarang dan Dr. dr. Suryani Yuliyanti, M.Kes dari Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang bertugas sebagai dokter jaga ICU dan bangsal sehingga sudah familier dengan pasien yang akan menjalankan operasi termasuk persiapan sebelum pasien ditransfer ke ruang operasi.

Uji validitas kerangka (*construct validity*) dilakukan dengan cara mengukur korelasi antara variabel/item dengan skor total variabel atau teknik *corrected item-total correlation*. Uji reliabilitas dilakukan dengan teknik *Cronbach's Alpha*. Instrumen dikatakan reliabel apabila instrumen tersebut dapat memberikan hasil yang konsisten atau sama bila dilakukan pengukuran berulang dengan alat ukur yang sama (Azwar, 2018).



Tabel 3.1. *Blueprint* Skala Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum

Aspek	Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
Persiapan	Riwayat penyakit dan gaya hidup pasien (contoh: kebiasaan merokok, minum alkohol) berpengaruh terhadap pemberian obat bius	Nomor 1 dan 2	Nomor 3	3
	Perlu dilakukan pemeriksaan mulut dan leher sebelum pemberian obat bius			
Induksi	Pasien tidak perlu puasa sebelum dilakukan pemberian obat bius			
	Obat bius dapat diberikan melalui uap yang dihirup maupun melalui jarum suntik yang diinjeksikan ke tubuh pasien	Nomor 4	-	1
Pemeliharaan	Pemantauan dosis obat bius perlu dilakukan selama operasi berlangsung			
	Setelah obat diberikan, dokter bius akan meninggalkan dan tidak mendampingi pasien selama di kamar operasi	Nomor 5	Nomor 6	2
Pemulihan	Pasien akan segera sadar ketika dosis obat bius mulai habis			
	Pasien dapat merasakan nyeri, mual, dan muntah setelah dosis obat bius di tubuh habis	Nomor 7 dan 8	Nomor 9	3
Pemindahan pasien dari kamar operasi	Penilaian kestabilan kondisi pasien setelah operasi perlu dilakukan untuk menentukan apakah pasien boleh dipindah ke ruang perawatan atau tidak	Nomor 10	-	1
Total		7	3	10

b. Alat Ukur Kecemasan dan Kebutuhan Informasi *Preoperative*

Instrumen yang digunakan untuk mengukur kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*). Instrumen ini dibuat oleh Moerman dkk pada tahun 1995 dan sudah diadaptasi melalui lintas budaya oleh beberapa negara, salah satunya Indonesia. Kuesioner APAIS meliputi 6 pernyataan yang mencakup 2 komponen, yaitu komponen kecemasan pada pernyataan 1, 2, 4, dan 5 serta kebutuhan informasi *preoperative* yang terdapat pada pernyataan 3 dan 6.

Penilaian kecemasan dilakukan dengan mengukur seberapa parah gejala yang pasien rasakan menggunakan skala *Likert*. Skala penilaian berkisar antara 1–5 mencakup: 1 = sama sekali tidak, 2 = tidak terlalu, 3 = sedikit, 4 = agak, dan 5 = sangat. Respons kecemasan dan kebutuhan informasi yang lebih besar ditunjukkan oleh skor yang semakin tinggi. Hasil pengukuran akan dibagi ke dalam 3 kategori sebagai berikut:

1) Kecemasan

Ringan : 4–8

Sedang : 9–14

Berat : 15–20

2) Kebutuhan Informasi

Rendah : 2–4

Sedang : 5–7

Tinggi : 8–10

Uji validitas dan reliabilitas telah dilakukan dalam penelitian Perdana dkk (2015). Uji validitas isi dilakukan melalui hasil penilaian 2 orang pakar dengan hasil koefisien validitas isi adalah 1,0 yang berarti terdapat relevansi kuat dari seluruh pernyataan untuk menilai kecemasan *preoperative*. Uji validitas konstruksi dilakukan dengan analisis faktor. Korelasi antarpernyataan pada komponen kecemasan dengan skor total kecemasan didapatkan hasil antara 0,773–0,868 dan korelasi antarpernyataan didapatkan 0,481–0,712 yang menunjukkan adanya kesesuaian antara setiap pernyataan pada kuesioner dengan fungsi uji secara keseluruhan.

Uji reliabilitas pada penelitian Perdana dkk (2015) diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* 0,825 untuk komponen kecemasan (pernyataan 1, 2, 4 dan 5) dan *Cronbach's Alpha* 0,863 untuk komponen kebutuhan informasi (pernyataan 3 dan 6) dan dapat disimpulkan bahwa kuesioner APAIS reliabel (Perdana *et al.*, 2015).

Tabel 3.2. *Blueprint* Skala Kecemasan dan Kebutuhan Informasi Preoperative

	Aspek	Nomor Item	Kode
APAIS	Gejala kecemasan anestesi	1, 2, 3	Q1, Q2, Q3
	Gejala kecemasan operasi	4, 5, 6	Q4, Q5, Q6

3.5. Cara Penelitian

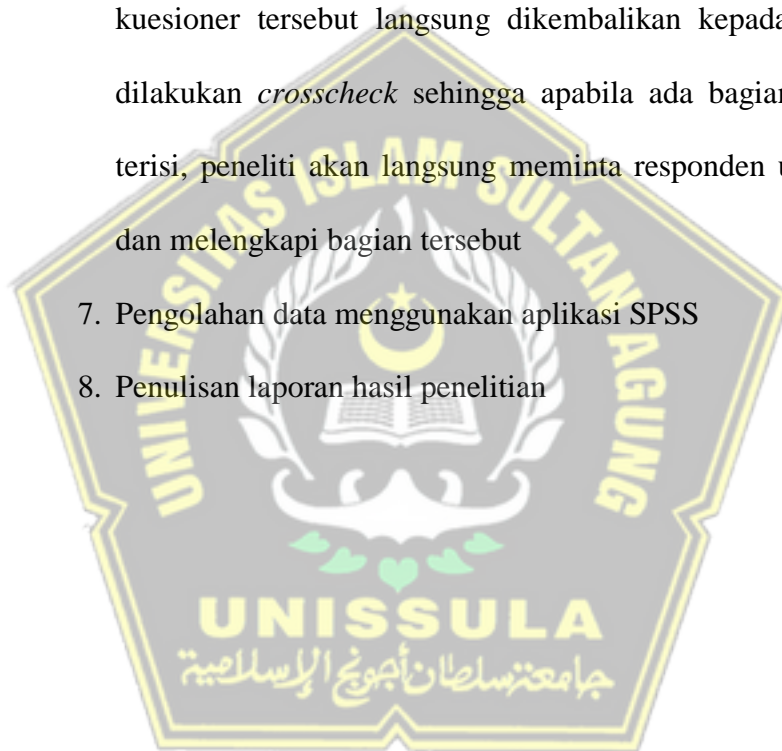
3.5.1. Perencanaan

Penelitian ini diawali dengan penyusunan proposal penelitian sampai proposal tersebut disetujui.

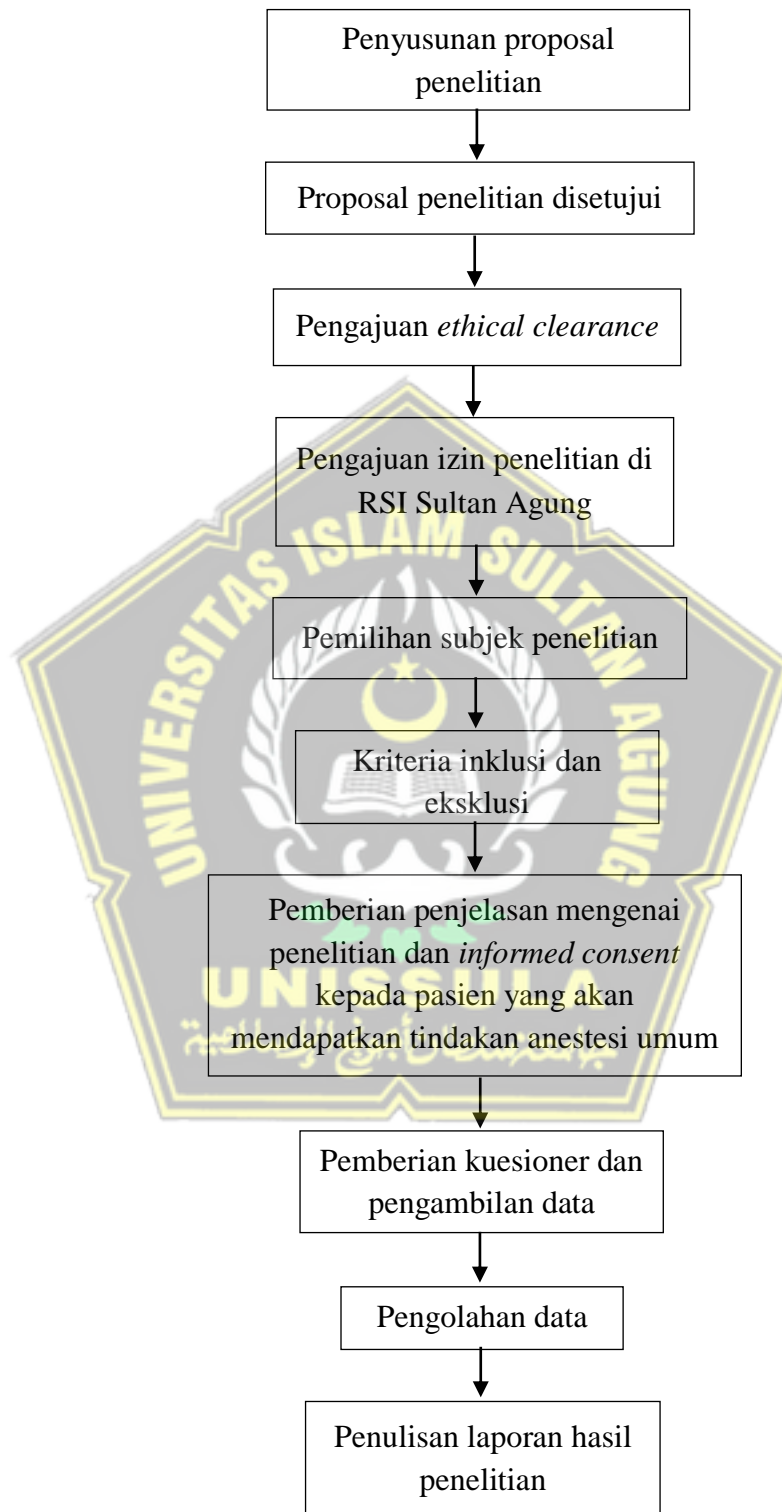
3.5.2. Pelaksanaan

1. Membuat surat permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung (Unissula) yang ditujukan kepada Direktur RSI Sultan Agung
2. Mengajukan permohonan *ethical clearance* dan surat izin penelitian di RSI Sultan Agung
3. Mengidentifikasi responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan untuk penelitian
4. Mengunjungi pasien yang direncanakan mendapatkan tindakan anestesi umum inhalasi di ruang *transport* IBS RSI Sultan Agung sebagai calon responden, memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, dan melakukan *informed consent* untuk pengambilan data penelitian. Data karakteristik responden didapatkan melalui wawancara oleh peneliti kepada pasien dan dituliskan pada lembar kuesioner penelitian (lampiran 3)
5. Selama masa penelitian, peneliti mengunjungi pasien yang direncanakan untuk mendapatkan tindakan anestesi umum inhalasi secara berkala sampai jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi

6. Pengisian kuesioner APAIS dan pengetahuan prosedur anestesi umum (lampiran 3) dilakukan dengan metode wawancara pasien. Peneliti memastikan agar semua pertanyaan maupun pernyataan diisi dengan lengkap. Apabila ada hal yang kurang jelas maupun kurang dipahami, responden dapat menanyakan langsung kepada peneliti. Setelah wawancara selesai dan kuesioner terisi semua, kuesioner tersebut langsung dikembalikan kepada peneliti dan dilakukan *crosscheck* sehingga apabila ada bagian yang belum terisi, peneliti akan langsung meminta responden untuk mengisi dan melengkapi bagian tersebut
7. Pengolahan data menggunakan aplikasi SPSS
8. Penulisan laporan hasil penelitian



3.6. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

3.7. Tempat dan Waktu

3.7.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang sebagai rumah sakit pendidikan untuk mahasiswa jurusan kesehatan Universitas Islam Sultan Agung.

3.7.2. Waktu Penelitian

Seluruh tahapan dan proses penelitian dilakukan pada bulan Desember 2023–Januari 2024.

3.8. Analisis Hasil

Data penelitian yang sudah diperoleh melalui lembar kuesioner kemudian dianalisis menggunakan SPSS. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel bebas dan variabel terikat, sedangkan analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

Data yang diperoleh pada penelitian merupakan data numerik-numerik korelatif. Data tersebut dilakukan uji normalitas terlebih dahulu menggunakan uji *Shapiro-Wilk*. Didapatkan nilai *p value* $<0,05$ dapat disimpulkan bahwa data tersebut berdistribusi tidak normal sehingga dilanjutkan transformasi data. Hasil transformasi data dan uji normalitas menunjukkan data tetap berdistribusi tidak normal sehingga dilanjutkan dengan uji hipotesis dilakukan menggunakan uji *Spearman*. Nilai *p value*

pada uji *Spearman* didapatkan $>0,05$ artinya tidak terdapat hubungan bermakna antara kedua variabel (Dahlan, 2009).

Untuk mengetahui keeratan hubungan antara kedua variabel, dilakukan dengan menilai koefisien korelasi (r). Selain mengetahui keeratan hubungan antarvariabel, nilai koefisien korelasi (r) juga menunjukkan arah korelasi. Pada penelitian ini, nilai koefisien korelasi tidak dapat ditentukan karena tidak didapatkan hubungan antara pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

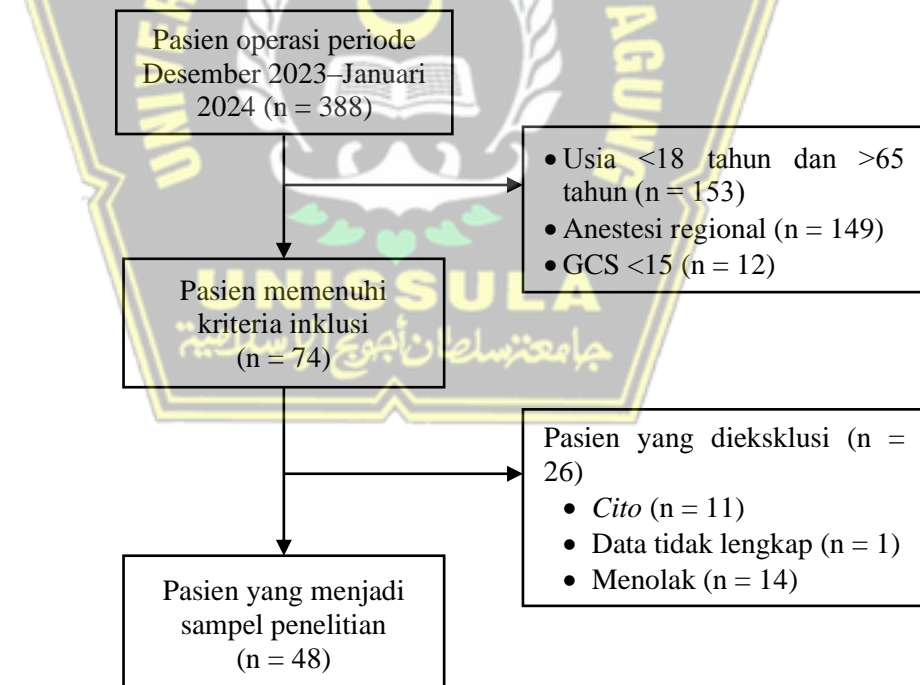


BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian mengenai hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* pada pasien preoperasi di ruang instalasi bedah sentral (IBS) RSI Sultan Agung Semarang dilaksanakan pada bulan Desember 2023 hingga Januari 2024. Total responden penelitian didapatkan sebanyak 388 pasien. Proses pemilihan responden yang ikut serta dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1.



Gambar 4.1. Diagram Seleksi Responden Penelitian

4.1.1. Karakteristik Responden Penelitian

Responden penelitian terdiri dari 48 pasien preoperasi yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Karakteristik responden pada penelitian ini didistribusikan berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, riwayat mendapatkan tindakan anestesi umum, skor kecemasan *preoperative*, skor kebutuhan informasi, dan skor pengetahuan. Hasil distribusi frekuensi karakteristik responden disajikan pada tabel 4.1. dan tabel 4.2.

Tabel 4.1. Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Preoperasi Data Nominal

Karakteristik		n	%
Jenis Kelamin	Laki-Laki	18	37,5
	Perempuan	30	62,5
Pendidikan Terakhir	Tidak sekolah	1	2,1
	SD/Sederajat	13	27,1
	SMP/Sederajat	10	20,8
	SMA/Sederajat	17	35,4
	S1	4	8,3
	S2	3	6,3
Pekerjaan	Tidak bekerja	29	60,4
	Bekerja	19	39,6
Status Pernikahan	Belum menikah	5	10,4
	Menikah	43	89,6
Riwayat Mendapatkan	Belum pernah	29	60,4
Tindakan Anestesi Umum	Pernah	19	39,6

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi karakteristik di atas, mayoritas responden pada penelitian ini memiliki jenis kelamin perempuan, golongan yang tidak bekerja, dan sudah menikah. Pendidikan terakhir yang ditempuh responden penelitian mayoritas terdapat pada jenjang SMA/ sederajat. Selain itu, dari 48 responden

penelitian, 29 diantaranya belum pernah mendapatkan tindakan anestesi umum.

Tabel 4.2. Gambaran Karakteristik Demografi Pasien Preoperasi Data Numerik

Karakteristik (n = 48)	Min-Max	Mean	SD
Usia	18-65	46,23	12,28
Skor Kecemasan Preoperative	4-20	9,75	4,60
Skor Kebutuhan Informasi	2-10	6,06	3,35
Skor Pengetahuan (%)	0-100	52,08	31,29

Tabel 4.2. menyajikan data rerata usia responden pada penelitian ini adalah 46,23 tahun. Rerata skor kecemasan *preoperative* yang didapatkan dari seluruh responden adalah $9,75 \pm 4,60$ dari skor maksimal 20. Skor tersebut memiliki arti sebagian besar pasien preoperasi memiliki kecemasan sedang (9-14). Rerata skor kebutuhan informasi pasien didapatkan sebesar $6,06 \pm 3,35$ dari skor maksimal 10 yang menunjukkan bahwa mayoritas pasien memiliki tingkat kebutuhan informasi sedang (5-7) (Moerman *et al.*, 1996). Selanjutnya, untuk skor pengetahuan terendah pada responden penelitian didapatkan 0% dan skor tertinggi didapatkan 100% dengan rerata skor 52,08%.

4.1.2. Tingkat Kecemasan

Distribusi frekuensi jawaban kecemasan *preoperative* yang diukur menggunakan kuesioner APAIS disajikan pada tabel 4.3.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Jawaban Kecemasan Preoperative Berdasarkan Kuesioner APAIS

No	Pernyataan	Min	Max	Mean
1	Saya takut dibius (Q1)	1	5	2,29
2	Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan (Q2)	1	5	2,02
3	Saya takut dioperasi (Q4)	1	5	2,75
4	Saya terus menerus memikirkan tentang operasi (Q5)	1	5	2,69

Distribusi frekuensi jawaban kecemasan *preoperative* berdasarkan kuesioner APAIS memiliki nilai rerata tertinggi pada pernyataan Q4 “Saya takut dioperasi” dengan nilai rerata 2,75. Sedangkan rerata terendah terdapat pada pernyataan Q2 “Saya terus menerus memikirkan tentang pembiusan” dengan nilai 2,02. Distribusi frekuensi untuk skor kecemasan *preoperative* dapat dilihat pada tabel 4.2.

4.1.3. Kebutuhan Informasi

Distribusi frekuensi jawaban kebutuhan informasi yang diukur menggunakan kuesioner APAIS disajikan pada tabel 4.4.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Jawaban Kebutuhan Informasi Berdasarkan Kuesioner APAIS

No	Pernyataan	Min	Max	Mean
1	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang pembiusan (Q3)	1	5	3,13
2	Saya ingin tahu sebanyak mungkin tentang operasi (Q6)	1	5	2,94

Tabel 4.4. menyajikan data pernyataan dengan nilai rerata tertinggi adalah pernyataan Q3 “Saya ingin tahu sebanyak mungkin

tentang pembiusan” dengan nilai 3,13. Distribusi frekuensi untuk skor kebutuhan informasi dapat dilihat pada tabel 4.2.

4.1.4. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Prosedur Pengetahuan Anestesi Umum

Penelitian ini menggunakan kuesioner yang berisi 10 *item* pernyataan untuk mengukur pengetahuan prosedur anestesi umum. Kuesioner tersebut disusun langsung oleh peneliti dan telah diuji validitas serta reliabilitasnya. Uji validitas isi (*content validity*) dilakukan oleh dokter spesialis anestesi dan dokter umum yang bertugas jaga di ICU menggunakan indeks *Gregory* secara kuantitatif. Setiap butir pernyataan dinilai menggunakan Skala *Likert* yaitu 1 (tidak relevan), 2 (agak relevan), 3 (cukup relevan), dan 4 (sangat relevan). Hasil uji validitas isi ditampilkan pada tabel 4.5.

Tabel 4.5. Penilaian Pakar Terhadap *Item* Kuesioner

		Pakar 1	
		Relevansi Lemah (Poin 1 atau 2)	Relevansi Kuat (Poin 3 atau 4)
	Relevansi	0	0
Pakar 2	Lemah (Poin 1 atau 2)		
	Relevansi Kuat (Poin 3 atau 4)	4	6

Tabel 4.5. di atas menunjukkan koefisien validitas isi (*content validity*) untuk kuesioner pengetahuan prosedur anestesi umum adalah 0,6 yang memiliki arti bahwa kuesioner tersebut memiliki validitas tinggi berdasarkan kriteria validitas uji *Gregory* (Gregory, 2015).

Uji validitas kerangka (*construct validity*) dilakukan menggunakan analisis validitas *Cronbach's Alpha* dengan hasil lengkap ditampilkan pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Nilai *Corrected Item-Total Correlation*

Pernyataan	Corrected Item-Total Correlation
Riwayat penyakit dan gaya hidup pasien (contoh: kebiasaan merokok, minum alkohol) berpengaruh terhadap pemberian obat bius (P1)	0,297
Perlu dilakukan pemeriksaan mulut dan leher sebelum pemberian obat bius (P2)	0,248
Pasien tidak perlu puasa sebelum dilakukan pemberian obat bius (P3)	0,000
Obat bius dapat diberikan melalui uap yang dihirup maupun melalui jarum suntik yang diinjeksikan ke tubuh pasien (P4)	0,114
Pemantauan dosis obat bius perlu dilakukan selama operasi berlangsung (P5)	0,444
Setelah obat diberikan, dokter bius akan meninggalkan dan tidak mendampingi pasien selama di kamar operasi (P6)	0,026
Pasien akan segera sadar ketika dosis obat bius mulai habis (P7)	0,158
Pasien dapat merasakan nyeri, mual, dan muntah setelah dosis obat bius di tubuh habis (P8)	0,222
Tidak perlu pemberian obat untuk mengatasi rasa nyeri, mual, dan muntah setelah pembiusan karena ketiga hal tersebut akan hilang dengan sendirinya (P9)	0,133
Penilaian kestabilan kondisi pasien setelah operasi perlu dilakukan untuk menentukan apakah pasien boleh dipindah ke ruang perawatan atau tidak (P10)	0,396

Berdasarkan hasil uji validitas kerangka (*construct validity*) didapatkan rentang nilai *corrected total-item correlation* antara 0,000–0,444 yang berarti tidak semua *item* memiliki nilai *r* hitung lebih besar dari *r* tabel (0,2403 untuk 48 responden) sehingga hanya ada 4 *item* pernyataan kuesioner yang dapat dinyatakan valid. Pada

uji reliabilitas untuk 10 *item* kuesioner didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,509 ($<0,7$) yang berarti kuesioner memiliki tingkat reliabilitas moderat.

Hasil uji validitas dengan *corrected item-total correlation* menyatakan bahwa hanya terdapat 4 *item* yang dapat dikatakan valid, diantaranya P1 “Riwayat penyakit dan gaya hidup pasien (contoh: kebiasaan merokok, minum alkohol) berpengaruh terhadap pemberian obat bius,” P2 “Perlu dilakukan pemeriksaan mulut dan leher sebelum pemberian obat bius,” P5 “Pemantauan dosis obat bius perlu dilakukan selama operasi berlangsung,” dan P10 “Penilaian kestabilan kondisi pasien setelah operasi perlu dilakukan untuk menentukan apakah pasien boleh dipindah ke ruang perawatan atau tidak.” Pada penelitian ini data pengetahuan, tingkat kecemasan, dan kebutuhan informasi *preoperative* diambil dengan teknik wawancara terstruktur sehingga potensi bias pemahaman pasien terhadap pernyataan kuesioner dapat diminimalisasi karena sudah dijelaskan langsung oleh peneliti. Meskipun demikian, hanya data dari *item-item* kuesioner yang valid saja yang dianalisis.

4.1.5. Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum

Pengetahuan prosedur anestesi umum diukur dengan kuesioner yang telah diuji validitas ($r=0,297$, $r=0,248$, $r=0,444$, $r=0,396$) dengan koefisien indeks *Gregory* 0,6 dan reliabilitas *Cronbach's Alpha* ($r=0,509$).

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Jawaban Kuesioner Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum

No	Pernyataan (n = 48)	Benar (%)	Salah (%)
1	Riwayat penyakit dan gaya hidup pasien (contoh: kebiasaan merokok, minum alkohol) berpengaruh terhadap pemberian obat bius (P1)	45,8	54,2
2	Perlu dilakukan pemeriksaan mulut dan leher sebelum pemberian obat bius (P2)	31,3	68,8
5	Pemantauan dosis obat bius perlu dilakukan selama operasi berlangsung (P5)	56,3	43,8
10	Penilaian kestabilan kondisi pasien setelah operasi perlu dilakukan untuk menentukan apakah pasien boleh dipindah ke ruang perawatan atau tidak (P10)	75	25

Dari 4 pernyataan kuesioner pengetahuan prosedur anestesi umum pada tabel 4.7., pernyataan P10 “Penilaian kestabilan kondisi pasien setelah operasi perlu dilakukan untuk menentukan apakah pasien boleh dipindah ke ruang perawatan atau tidak” memiliki persentase jawaban benar paling besar di antara 4 pernyataan lainnya dengan nilai 75%. Pernyataan P2 “Perlu dilakukan pemeriksaan mulut dan leher sebelum pemberian obat bius” menjadi pernyataan yang memiliki persentase jawaban benar paling sedikit yaitu hanya sebesar 31,3%. Distribusi frekuensi untuk skor pengetahuan dapat dilihat pada tabel 4.2.

4.1.6. Uji Normalitas dan Homogenitas

Pada penelitian ini, data yang sudah didapatkan dan dikumpulkan kemudian diuji normalitasnya menggunakan uji

Shapiro-Wilk dan untuk uji homogenitasnya menggunakan *Levene Test*. Hasil uji normalitas dan homogenitas data penelitian dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas

Karakteristik (n = 48)	Shapiro-Wilk	Levene Statistic
Usia	0,000	0,449
Skor Kecemasan <i>Preoperative</i>	0,000	0,338
Skor Kebutuhan Informasi	0,000	0,119
Skor Pengetahuan	0,000	0,399

Hasil uji normalitas pada kolom *Shapiro-Wilk* didapatkan bahwa data berdistribusi tidak normal (p value <0,05). Seluruh data tersebut selanjutnya dilakukan transformasi. Hasil transformasi data kemudian dilakukan uji normalitas kembali menggunakan uji *Shapiro-Wilk* dengan hasil seluruh data tersebut tetap berdistribusi tidak normal (p value <0,05) sehingga dilanjutkan uji korelasi menggunakan *Spearman*.

4.1.7. Analisis Bivariat

Tabel 4.9. Analisis Korelasi Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Kecemasan dan Kebutuhan Informasi *Preoperative*

	Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum	
Kecemasan <i>Preoperative</i>	r =	-0,022
	p =	0,883
Kebutuhan Informasi	r =	-0,010
	p =	0,946

Tabel 4.9. menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan prosedur anestesi umum dengan

tingkat kecemasan ($p=0,883$) maupun dengan kebutuhan informasi ($p=0,946$).

4.2. Pembahasan

4.2.1. Karakteristik Pasien Preoperasi

Berdasarkan analisis deskriptif, mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 30 responden. Hasil tersebut sejalan dengan data komposisi penduduk di Semarang tahun 2022 yang menyatakan bahwa jumlah penduduk Kota Semarang lebih banyak berjenis kelamin perempuan dibandingkan jenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 853,23 ribu jiwa. Analisis deskriptif juga menunjukkan hasil bahwa tingkat pendidikan terakhir responden paling banyak berada pada jenjang SMA/ sederajat. Hal ini berhubungan dengan karakteristik kondisi perekonomian masyarakat perbatasan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wesnawa dan Sudirtha (2017), mata pencaharian masyarakat di wilayah perbatasan mayoritas merupakan petani, pengelola peternakan, dan pengelola perkebunan yang hasil upahnya tidak sebesar para pekerja di perkotaan (Wesnawa & Sudirtha, 2017). Oleh karena itu, adanya kesulitan perekonomian membuat masyarakat perbatasan seringkali menyelesaikan pendidikannya hanya sampai di jenjang SMA/ sederajat saja.

Mayoritas responden pada penelitian ini memiliki rerata usia 46,23 tahun. Data tersebut menunjukkan sebagian besar responden

sudah melewati batas usia ideal untuk menikah sesuai dengan kriteria Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), yaitu laki-laki usia 25 tahun sedangkan perempuan usia 21 tahun. Hal ini sejalan dengan data karakteristik status pernikahan yang menunjukkan sebanyak 43 dari 48 responden adalah mereka yang sudah menikah.

4.2.2. Hubungan Pengetahuan Prosedur Anestesi Umum dengan Tingkat Kecemasan dan Kebutuhan Informasi *Preoperative*

Penilaian pengetahuan prosedur anestesi umum bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh informasi yang dimiliki pasien terkait tindakan yang akan dijalankannya. Hasil analisis pengetahuan pasien terhadap prosedur anestesi umum didapatkan rerata skor 52,08% \pm 31,29. Menurut (Arikunto, 2013), skor tersebut menunjukkan bahwa rata-rata pasien memiliki tingkat pengetahuan kurang (<56%). Semua pasien di RSI Sultan Agung yang akan menjalani operasi seharusnya telah mendapatkan informasi dari petugas sebelum memberikan persetujuan (*informed consent*). Akan tetapi, sebagian besar pasien tidak menerima penjelasan secara langsung karena saat *informed consent* petugas akan menerangkan prosedur operasi sekaligus meminta tanda tangan kepada keluarga yang mendampingi pasien. Oleh karena itu, temuan dalam penelitian ini menunjukkan pengetahuan tentang prosedur operasi yang rendah dapat disebabkan oleh minimnya informasi yang diterima pasien

secara langsung dari petugas kesehatan. Keadaan tersebut juga didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuzira dan Putra (2016) bahwa mayoritas pasien yang akan menjalani operasi memberikan persetujuan hanya sebagai formalitas tanpa ada informasi lain atau momen pasien mengajukan pertanyaan terkait tindakan yang akan diberikan kepadanya (Nuzira and Putra, 2016)

Penelitian lain menunjukkan hasil yang sejalan, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Seniwati (2018) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien di RSUD Kota Bekasi tergolong dalam kategori kurang (59,4%)(Seniwati, 2018). RSUD Kota Bekasi berstatus sebagai rumah sakit tipe B yang menampung layanan rujukan dari rumah sakit kabupaten (Azwar, 1996). Hal tersebut menggambarkan situasi serupa dengan lokasi penelitian ini yaitu di RSI Sultan Agung Semarang yang juga tergolong sebagai rumah sakit tipe B.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengetahuan prosedur anestesi umum dengan kecemasan *preoperative* ($p=0,883$). Hasil ini dapat disebabkan karena seseorang yang sedang menghadapi kecemasan pada masa *preoperative* memunculkan respon psikologis yang berbeda-beda. Respon psikologis yang muncul tersebut disesuaikan dengan keadaan emosional masing-masing individu agar dapat beradaptasi dengan situasi cemas. Keadaan itu menuntut seseorang untuk menentukan

mekanisme koping (*coping mechanism*) yang akan dipilihnya (Djohansyah, Wibowo and Hikmanri, 2023 dan Aust *et al.*, 2018).

Hasil penelitian yang menunjukkan tidak terdapat hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan *preoperative* juga dapat disebabkan karena adanya kekhususan lokasi penelitian. Penelitian ini dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang yang merupakan rumah sakit dengan sertifikasi Syariah dimana dalam sistem rumah sakit Syariah tersebut didapatkan pelaksanaan bimbingan spiritual Islam untuk pasien. Salah satu bentuk implementasinya berupa bimbingan doa preoperasi (Nasional, 2020). Bimbingan spiritual Islam yang dilakukan bertujuan memberikan efek terapeutik melalui tindakan yang bersifat *tawakal* atau berserah diri kepada Allah serta menguatkan keyakinan hati untuk kesembuhan dengan doa dan dzikir sehingga menimbulkan ketenangan hati, percaya diri, dan memengaruhi tingkat kecemasan *preoperative* (Atul Angga Fiari *et al.*, 2023). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian oleh Supriani *et al* (2017) yang menunjukkan bahwa terdapat 14 responden yang mengalami penurunan tingkat kecemasan setelah diberikan bimbingan spiritual (Supriani *et al.*, 2017). Penelitian tersebut memiliki bentuk intervensi bimbingan rohani yang sama dengan yang dilakukan di RSI Islam Sultan Agung Semarang sehingga dapat dikatakan bahwa tidak didapatkan hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat

kecemasan *preoperative* dapat disebabkan karena ada pengaruh spiritual yang berpotensi mengubah persepsi pasien terhadap kecemasan yang dirasakan.

Hasil penelitian ini berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2022), Woldegerima *et al* (2018), serta Celik dan Epidoglu (2018) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan. Munculnya perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan karena beberapa hal. Pertama, terdapat perbedaan instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan. Hal tersebut menyebabkan perbedaan indikator penilaian yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan pasien sehingga memungkinkan adanya perbedaan hasil penelitian. Kedua, disebabkan oleh perbedaan situasi dan lokasi penelitian. Penelitian ini dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang sebagai rumah sakit syariah dimana pengukuran tingkat kecemasan dapat dipengaruhi oleh adanya bimbingan spiritual Islam. Ketiga, adanya perbedaan *setting* lokasi pengambilan data. Penelitian yang dilakukan oleh Celik dan Epidoglu (2018) melakukan pengukuran tingkat kecemasan ketika pasien menjalani pemeriksaan preoperasi di klinik anestesi sehingga pasien bisa mengungkapkan perasaan cemasnya dengan lebih leluasa. Hal tersebut berbeda dengan penelitian ini dimana pengambilan data dilakukan di ruang transfer pasien operasi. Perbedaan penggunaan instrumen penilaian tingkat

kecemasan, situasi, serta *setting* lokasi yang berbeda menyebabkan adanya perbedaan hasil antara penelitian yang dilakukan oleh Wardani (2022, Woldegerima *et al* (2018), serta Celik dan Edipoglu (2018) dengan penelitian ini.

Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan antara pengetahuan prosedur anestesi umum dengan kebutuhan informasi *preoperative* ($p=0,946$). Temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kebutuhan informasi pasien preoperasi yang tergolong sedang disebabkan karena pasien menganggap bahwa informasi prosedur anestesi umum tidak penting untuk diketahui. Meskipun sebagian besar informasi penting yang dibutuhkan pasien sudah diberikan di awal sebelum mendapatkan tindakan, pasien menganggap informasi tersebut, baik yang sudah diketahui maupun yang belum diketahui oleh pasien tidak lebih penting dari kesembuhan penyakitnya sehingga pasien merasa cukup terhadap informasi yang dimiliki. Kurangnya kesadaran pasien terhadap kebutuhan informasi juga disebabkan karena beberapa pasien menyatakan mereka hanya mengikuti dan mempercayakan pengambilan keputusan terbaik oleh dokter terkait tindakan yang akan dijalani. Menurut Miller dan Mangan, keadaan pasien seperti itu disebut "*blunters*" yang berarti orang yang tidak membutuhkan informasi (Moerman *et al.*, 1996).

Kondisi serupa dapat dijelaskan melalui penelitian oleh Ezeruigbo *et al* (2022) yang menyatakan bahwa meskipun pasien memiliki pengetahuan yang baik mengenai pentingnya *informed consent*, hal tersebut tidak selalu diimplementasikan dengan baik dalam praktik sehari-hari di rumah sakit (Ezeruigbo *et al.*, 2022). Dengan demikian, melalui hasil observasi, pasien sebetulnya mengerti bahwa mereka membutuhkan informasi terkait tindakan anestesi dan operasinya, namun pada praktiknya, sikap serta rasa ingin tahu pasien tidak diwujudkan dengan baik. Pengetahuan yang dimiliki pasien tidak berhubungan dengan praktiknya dalam memperoleh *informed consent* (Ezeruigbo *et al.*, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian ini, rerata skor tingkat kecemasan *preoperative* memiliki hasil yang sama dengan rerata skor kebutuhan informasi. Baik tingkat kecemasan maupun kebutuhan informasi *preoperative*, keduanya berada dalam tingkat sedang. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa pada pasien yang cemas terhadap anestesi, secara signifikan kedua skor untuk kecemasan dan kebutuhan informasinya menunjukkan hasil yang tinggi (Celik and Edipoglu, 2018). Kebutuhan informasi yang tinggi disertai dengan skor kecemasan yang tinggi (Sarah and Lynn, 2019). Akan tetapi, pada penelitian ini hubungan antara tingkat kecemasan *preoperative* dengan kebutuhan informasi tidak dilakukan analisis.

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah masih ditemukan faktor lingkungan yang dapat memengaruhi kecemasan *preoperative* dan kebutuhan informasi seperti dukungan spiritual yang tidak dianalisis oleh peneliti sehingga belum dapat dikendalikan. Adanya keterbatasan waktu penelitian dan penggunaan teknik *consecutive sampling* dalam proses pengambilan data menyebabkan jumlah responden yang didapatkan terbatas sehingga memungkinkan sampel kurang mewakili populasi serta kurang menggambarkan situasi yang sebenarnya. Penggunaan teknik *consecutive sampling* perlu disertai dengan jangka waktu penelitian yang cukup panjang, minimal 6 bulan–1 tahun agar hasilnya serupa dengan penggunaan teknik *probability sampling* yang menjadi baku emas cara pemilihan sampel penelitian sehingga dapat mewakili karakteristik responden (Sastroasmoro, 2014). Penilaian tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* yang hanya dilakukan ketika pasien sudah berada di ruang transfer IBS juga menjadi keterbatasan dalam penelitian ini.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian, kesimpulan yang didapatkan dari penelitian ini yaitu:

1. Tidak didapatkan hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*
2. Rerata skor pengetahuan pasien tentang prosedur anestesi umum sebesar 52,08%.
3. Rerata skor tingkat kecemasan *preoperative* pasien preoperasi di RSI Sultan Agung Semarang sebesar 9,75.
4. Rerata skor tingkat kebutuhan informasi *preoperative* pasien preoperasi di RSI Sultan Agung Semarang sebesar 6,06.
5. Nilai keeratan hubungan antarvariabel tidak dapat ditentukan karena tidak didapatkan hubungan pengetahuan prosedur anestesi umum dengan tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative*.

5.2. Saran

Berdasarkan kendala dan keterbatasan yang ada pada penelitian ini, saran untuk penelitian selanjutnya yaitu:

1. Perlu dilakukan analisis untuk faktor-faktor lingkungan yang dapat memengaruhi tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi

preoperative sehingga variabel perancu yang tidak diteliti dapat dikendalikan.

2. Perlu dilakukan penelitian menggunakan teknik *simple random sampling* dalam pengambilan sampel agar diperoleh jumlah responden yang lebih banyak sehingga hasil penelitian dapat mewakili populasi serta menggambarkan situasi yang sebenarnya.
3. Penelitian selanjutnya dapat melakukan pengukuran tingkat kecemasan dan kebutuhan informasi *preoperative* 1 hari sebelum jadwal pelaksanaan operasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Surgery Open* (Vol. 25, pp. 6–16). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>
- Agus Cahyono, E. *et al.* (2019) Pengetahuan: Artikel Review, *Jurnal Keperawatan*.
- Aini Rahmah, A. *et al.* (2023) Hubungan Pendidikan Ibu Dan Keterpaparan Informasi Stunting Dengan Pengetahuan Ibu Tentang Stunting, *Journal of Nursing Care*.
- Alavi, F. *et al.* (2022) ‘The Effect of Group Logotherapy On Spirituality and Preoperative Anxiety In Patients Seeking Open Heart Surgery Referring to Tehran Heart Center in 2020’, *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), p. 233. doi: 10.4103/jehp.jehp_917_21.
- Arefayne, N.R. *et al.* (2022) ‘Patients’ Knowledge and Perception of Anesthesia and The Anesthetists: Cross-Sectional Study’, *Annals of Medicine and Surgery*, 78. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103740>.
- Arikunto, S. (2013) *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Revisi VI. Jakarta: Rineka Cipta.
- Atul Angga Fiari, D. *et al.* (2023) ‘The Effectiveness of Spiritual Therapy in Reducing the Anxiety Level of Preoperative Patients’, *KnE Medicine*. doi: 10.18502/kme.v3i2.13076.
- Aust, H. *et al.* (2018) ‘A Cross-Sectional Study On Preoperative Anxiety in Adults’, *Journal of Psychosomatic Research*, 111, pp. 133–139. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.012.
- Ayatulloh, D., Nursalam, N. and Kurniawati, N.D. (2021) ‘The Effect of Knowledge Management in Healthcare Services: A Systematic Review’, *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.17509/jpki.v7i1.35132>.
- Azwar, S. (2018) *Reliabilitas dan Validitas*. 4th edn. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi Ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara.

- Bedaso, A., Mekonnen, N. and Duko, B. (2022) 'Prevalence and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Patients Undergoing Surgery in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis', *BMJ Open*. BMJ Publishing Group. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058187>.
- Buonanno, P. *et al.* (2017) 'Italian Validation of The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale', *Minerva Anestesiologica*, 83(7). Available at: <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.16.11675-X>.
- Celik, F. and Edipoglu, I. S. (2018) 'Evaluation of Preoperative Anxiety and Fear of Anesthesia Using APAIS Score ISRCTN43960422 ', *European Journal of Medical Research*, 23(1). doi: 10.1186/s40001-018-0339-4.
- Dahlan, M.S. (2009) *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deksriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. 4th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlan, M.S. (2010) *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. 2nd edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Djohansyah, D. A., Wibowo, T. H. and Hikmanri, A. (2023) 'Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Pengalaman Anestesi dengan Kecemasan Pada Pasien Preoperasi dengan Spinal Anestesi di RSUD Cilacap', *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1 No. 5, pp. 269–286.
- Ezeruigbo, C. S. F. *et al.* (2022) 'Obtaining Informed Consent: Psychiatric Nurses' Knowledge and Practice At Federal Neuro Psychiatric Hospital Enugu, Nigeria', *Acta Bioethica*, 28(1), pp. 125–136. doi: 10.4067/S1726-569X2022000100125.
- Gregory, R. J. (2015) *Psychological Testing: History, Principles, and Applications*. 7th edn. London: Pearson Education Limited.
- Jatmiko, H.D. *et al.* (2013) *Anestesiologi Edisi Kedua*. 2nd edn. Edited by Soenarjo and H.D. Jatmiko. Semarang: Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesi dan Terapi Intensif (PERDATIN) Cabang Jawa Tengah RS. dr. Kariadi Jl. dr. Sutomo 16, Semarang.
- Katzung, B.G. (2018) *Basic & Clinical Pharmacology*. 14th edn. New York: McGraw-Hill Education.
- Latief, Said.A., Suryadi, Kartini.A. and Dachlan, M.R. (2007) *Petunjuk Praktis Anestesiologi Edisi Kedua*. Jakarta.
- Longnecker, D.E. *et al.* (2018) *Anesthesiology*. Third. New York: McGraw Hill-Education.

- Moerman, N. *et al.* (1996) The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), *Anesth Analg.* Available at: <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia>.
- Nasional, D. S. M. U. I. (2020) *Standar dan Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah Versi 1441 H.* Jakarta: Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI).
- Notoatmodjo, S. (2010) *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuzira, P. and Putra, A. (2016) 'Informed Consent Dalam Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Orthopedi RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh', pp. 1–9.
- Perdana, A. *et al.* (2015) 'Uji Validasi Konstruksi dan Reliabilitas Instrumen The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Versi Indonesia Construct Validity and Reliability of The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Indonesian Version', *Anesthesia & Critical Care*, 31.
- Pramono, A. and Widjaja, D.S. (2015) *Buku Kuliah Anestesi.* Jakarta: EGC.
- Rismawan, W. *et al.* (2019) Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya, *Jurnal Ilmu Ilmu Keperawatan.*
- Roohi, G., Mahmoodi, G. and Khoddam, H. (2020) 'Knowledge Implementation in Health Care Management: A Qualitative Study', *BMC Health Services Research*, 20(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5043-8>.
- Sarah, S. and Lynn, S. (2019) 'Is the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) a Valid Tool in Guiding the Management of Preoperative Anxiety in Adult Patients? A Literature Review', *Journal of Nursing and Practice*, 3(1). doi: 10.36959/545/368.
- Sastroasmoro, S. (2014) *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta: Sagung Seto.
- Seniwati (2018) 'Hubungan Pengetahuan dan Karakteristik Pasien Terhadap Kecemasan dalam Menghadapi Operasi di RSUD Kota Bekasi', *Jurnal Afiat: Kesehatan dan Anak*, 4 No. 02.
- Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. (2012) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: EGC.
- Spreckhelsen, V.T. (2020) Tingkat Kecemasan Preoperatif pada Pasien yang Akan Menjalani Tindakan Anestesi pada Operasi Elektif. Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

- Sugrah, N. (2019) 'Implementasi Teori Belajar Konstruktivisme Dalam Pembelajaran Sains', *Humanika, Kajian Ilmiah Mata Kuliah Umum, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Khairun*, 19, pp. 121–138.
- Supriani, A. *et al.* (2017) '*Jurnal Nurse and Health*', *Desember*, 6(2), pp. 30–39. doi: 10.5281/zenodo.1464317.
- Suwandi, G.R. *et al.* (2020) Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Terhadap Covid-19 Pada Remaja Di SMA Advent Balikpapan
- Wardani, P. E. (2022) Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi Anestesi Umum di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. *The International Conference of Medicine and Health (ICMEDH) KnE Medicine*, pp. 383–392. Available at: <https://doi.org/10.18502/kme.v2i3.11889>.
- Wesnawa, I. G. A., & Sudirtha, I. G. (2017). Karakteristik Ekonomi dan Sosial Budaya Masyarakat dalam Pengelolaan Wilayah Perbatasan Darat Berbasis Nilai-Nilai Nyamabraya. *Jurnal IKA*, 15(2), 146–156.
- Widyastuti, Y. *et al.* (2015) Gambaran Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Fraktur Femur di RS Ortopedi Prof. Dr.R Soeharso Surakarta (Description Of Anxiety On Pre Operation Fracture Femur Patients In Rs Orthopedi Prof. Dr.R Soeharso Surakarta).
- Woldegerima, Y.B. *et al.* (2018) 'Prevalence and Factors Associated With Preoperative Anxiety Among Elective Surgical Patients at University of Gondar Hospital. Gondar, Northwest Ethiopia, 2017. A Cross-Sectional Study', *International Journal of Surgery Open*, 10, pp. 21–29. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2017.11.001>.