



**PERBANDINGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DAN
KUALITAS TIDUR PADA PASIEN PRA DAN PASCA OPERASI**

SKRIPSI

Oleh :

**Ika Mufarrikah
NIM 30902400212**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**



**PERBANDINGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DAN
KUALITAS TIDUR PADA PASIEN PRA DAN PASCA OPERASI**

SKRIPSI

Oleh :

**Ika Mufarrikah
NIM 30902400212**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi dengan judul : **‘Perbandingan Antara Tingkat Kecemasan Dan Kualitas Tidur Pada Pasien Pra Dan Pasca Operasi’** Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang. Jika di kemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Kendal, 20 Agustus 2025

Mengetahui,

Wakil Dekan I

Peneliti,



Dr. Ns. Hj. Sri Wahyuni, M. Kep., Sp. Kep. Mat
NUPTK. 9941753654230092



Ika Mufarrihah
NIM. 30902400212

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

PERBANDINGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR PADA PASIEN PRA DAN PASCA OPERASI

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Ika Mufarrikhah

NIM : 30902400212

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I Tanggal :
20 Agustus 2025


Dr. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB.

NUPTK 2952763664130292

HALAMAN PENGESAHAN

Proposal Skripsi berjudul:

PERBANDINGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR PADA PASIEN PRA DAN PASCA OPERASI

Disusun oleh:

Nama : Ika Mufarrikhah

NIM : 30902400212

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Agustus 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Penguji I,

Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB
NUPTK. 7945752653230092

Penguji II,

Dr. Ns. Suyanto, M.Kep. Sp.Kep.MB
NUPTK. 2952763664130292

Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M. Kep
NUPTK. 1154752653130093

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2025**

ABSTRAK

**Ika Mufarrikhah (NIM 30902400212)
Perbandingan Antara Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur pada Pasien
Pra dan Pasca Operasi di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal**

Latar Belakang:

Kecemasan dan kualitas tidur merupakan dua aspek penting yang saling berkaitan dan sering menjadi masalah pada pasien yang menjalani operasi. Tingkat kecemasan yang tinggi sebelum operasi dapat memperburuk kualitas tidur, sementara kualitas tidur yang buruk dapat memperparah kecemasan. Kondisi ini berpengaruh terhadap proses pemulihan pasien pasca operasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan antara tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi.

Metode:

Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen dengan pendekatan pre-post test design. Populasi penelitian adalah seluruh pasien di Ruang Kenanga RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Jumlah sampel sebanyak 119 responden yang dipilih dengan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian berupa kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)* untuk mengukur tingkat kecemasan dan *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* untuk mengukur kualitas tidur. Analisis data dilakukan menggunakan uji Chi-Square dengan bantuan SPSS 25.

Hasil:

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi ($p = 0,000$; $p < 0,05$). Sebanyak 43 responden (54,4%) dengan kualitas tidur kurang sebelum operasi mengalami perbaikan setelah operasi. Pada kelompok dengan kecemasan sedang (42 responden), 23 responden (54,8%) mengalami penurunan tingkat kecemasan ke kategori ringan.

Simpulan:

Terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. Penurunan kecemasan terbukti berdampak positif terhadap perbaikan kualitas tidur pasien.

Kata kunci: kecemasan, kualitas tidur, pra operasi, pasca operasi

NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, August 2025

ABSTRACT

Ika Mufarrikah (Number of Students 30902400212)
Comparison Between Anxiety Levels and Sleep Quality in Pre- and Post-Operative Patients at Dr. H. Soewondo General Hospital, Kendal

Background:

Anxiety and sleep quality are two important, interrelated aspects that often pose problems for patients undergoing surgery. High levels of anxiety before surgery can worsen sleep quality, while poor sleep quality can exacerbate anxiety. This condition affects the patient's post-operative recovery process. This study aims to determine the comparison between anxiety levels and sleep quality in pre- and post-operative patients.

Methods:

This study used a quasi-experimental design with a pre-posttest design approach. The study population was all patients in the Kenanga Ward of Dr. H. Soewondo General Hospital, Kendal. A total of 119 respondents were selected using a purposive sampling technique. The research instruments were the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) questionnaire to measure anxiety levels and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to measure sleep quality. Data analysis was performed using the Chi-Square test using SPSS 25.

Results:

The results showed a significant relationship between anxiety levels and sleep quality in pre- and post-operative patients ($p = 0.000$; $p < 0.05$). Forty-three respondents (54.4%) with poor sleep quality before surgery experienced improvement after surgery. In the group with moderate anxiety (42 respondents), 23 respondents (54.8%) experienced a decrease in anxiety levels to mild.

Conclusion:

There was a significant difference between anxiety levels and sleep quality in pre- and post-operative patients at Dr. H. Soewondo Kendal Regional Hospital. Reducing anxiety has been shown to have a positive impact on improving patient sleep quality.

Keywords: anxiety, sleep quality, pre-operative, post-operative.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penyusunan skripsi yang berjudul “PERBANDINGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DAN KUALITAS TIDUR PADA PASIEN PRA DAN PASCA OPERASI ” ini dapat diselesaikan guna memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Jurusan Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Perjalanan panjang telah penulis lalui dalam rangka menyelesaikan penulisan skripsi ini. Banyak hambatan yang dihadapi dalam penyusunannya, namun berkat kehendak-Nyalah sehingga penulis berhasil menyelesaikan penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, dengan penuh kerendahan hati, pada kesempatan ini patutlah kiranya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto,SH., M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM. M. Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Ketua Prodi Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku pembimbing I saya yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk dalam penyusunan proposal skripsi hingga menjadi skripsi penelitian sampai selesai.
5. Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB selaku pembimbing II dan penguji 1 yang telah membimbing saya juga dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai.

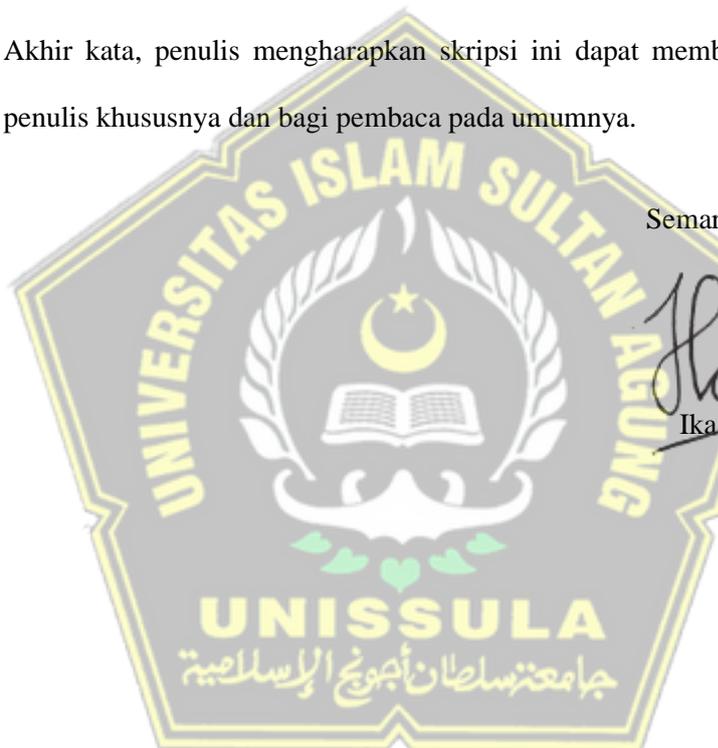
6. Teman-teman seperjuangan, Mahasiswa S1 Lintas Jalur Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
7. Teman-teman saya yang berada di RSI Sultan Agung maupun diluar RSI Sultan Agung, yang juga selalu mendukung dan mendoakan saya dalam penyusunan skripsi ini sampai selesai.
8. Serta semua pihak yang telah banyak membantu saya dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu.

Akhir kata, penulis mengharapkan skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Semarang, April 2025

Penulis

Ika Mufarrikhah



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK.	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Teori	8
B. Kerangka Teori	32
C. Hipotesa	33
BAB III METODE PENELITIAN	34
A. Kerangka Konsep	34
B. Jenis dan rancangan Penelitian	35
C. Lokasi Penelitian.....	36
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	36
E. Definisi Operasional.....	38
F. Instrument Penelitian.....	39
G. Instrumen/Alat Pengumpulan Data.....	38
H. Analisa data	40
BAB IV HASIL PENELITIAN	48
A. Gambaran umum	48
B. Karakteristik Respon	49
C. Hasil Penelitian	51
BAB V PEMBAHASAN	55

A. Karakteristik Respon	55
B... Hasil Penelitian	58
C... Keterbatasan	66
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	67
B.. Saran	68



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	27
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	28



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	33
Tabel 3.2 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p dan arah korelasi	42
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Pada Pasien Pra Dan Pasca Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	49
Tabel 4.2 Pre Kecemasan Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	51
Tabel 4.3. Distribusi frekuesni Pre Kualitas tidur Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	51
Tabel 4.4 Post Kecemasan Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	51
Tabel 4.5. Distribusi frekuesni Post Kualitas tidur Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	52
Tabel 4.6 perbandingan antara tingkat kecemasan pra dan pasca operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	52
Tabel 4.7 perbandingan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi . operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Kuesioner Data Karakteristik Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Kecemasan
- Lampiran 4 Kuesioner Kualitas tidur



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecemasan dan kualitas tidur merupakan dua aspek yang saling berkaitan dan memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan pasien, terutama dalam konteks operasi medis. Operasi , yang sering kali memerlukan prosedur yang kompleks, dapat menimbulkan berbagai reaksi emosional pada pasien, termasuk kecemasan yang tinggi. Kecemasan ini tidak hanya berpengaruh pada keadaan mental pasien tetapi juga dapat mempengaruhi aspek fisik, seperti kualitas tidur, yang sangat penting untuk proses pemulihan (Pradika and Listyorini, 2022).

Kecemasan merupakan salah satu respons emosional yang umum dialami pasien ketika menghadapi diagnosis penyakit serius, seperti kanker, serta proses pengobatan yang kompleks. Pasien sering kali merasa khawatir akan ketidakpastian hasil pengobatan dan potensi dampaknya terhadap kualitas hidup mereka. Bhardwaj et al. (2020) mencatat bahwa sekitar 70% pasien kanker mengalami tingkat kecemasan yang signifikan, yang tidak hanya memengaruhi kondisi psikologis tetapi juga berdampak pada hasil klinis dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan

Tidur yang berkualitas diperlukan untuk memperbaiki jaringan yang rusak, mendukung fungsi kekebalan tubuh, dan memelihara keseimbangan emosional. Sebuah studi oleh Lee dan Choi (2021) menunjukkan bahwa kualitas tidur yang buruk dapat memperlambat proses penyembuhan dan meningkatkan risiko komplikasi pascaoperasi. Di sisi lain, gangguan tidur dapat memperburuk tingkat kecemasan, menciptakan siklus negatif yang sulit diputus.

Fenomena umum yang dialami oleh pasien yang akan menjalani prosedur bedah. Berbagai faktor dapat memicu kecemasan ini, termasuk kekhawatiran

tentang hasil operasi, anestesi, dan proses pemulihan, serta dukungan sosial. Banyak pasien merasa cemas mengenai keberhasilan operasi, di mana ketakutan terhadap kemungkinan hasil negatif dapat meningkatkan kecemasan secara signifikan (Widyastuti, 2022). Selain itu, ketakutan akan efek samping anestesi dan ketidaknyamanan terhadap prosedur yang tidak familiar juga menjadi sumber kecemasan bagi pasien (O'Rourke et al., 2019). Dukungan sosial juga memainkan peran penting; pasien yang merasa kurang didukung oleh keluarga atau teman dapat mengalami kecemasan yang lebih tinggi, sementara dukungan sosial yang kuat terbukti membantu mengurangi kecemasan tersebut (He et al., 2020).

Kecemasan yang dialami oleh pasien sebelum menjalani operasi tidak hanya berdampak pada kondisi psikologis mereka, tetapi juga memengaruhi respons fisiologis tubuh secara signifikan. Kondisi kecemasan yang tinggi dapat memicu aktivasi sistem saraf simpatik, yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan kadar hormon stres seperti kortisol. Peningkatan respons fisiologis ini dapat meningkatkan risiko terjadinya komplikasi selama dan setelah prosedur operasi, seperti gangguan hemodinamik, penyembuhan luka yang lebih lambat, serta kerentanan terhadap infeksi (Stepanski et al., 2018). Selain itu, kecemasan yang tidak ditangani dengan baik dapat memperburuk pengalaman nyeri pascaoperasi, menghambat pemulihan, dan memperpanjang masa perawatan. Oleh karena itu, identifikasi dini dan manajemen kecemasan yang efektif, melalui pendekatan seperti konseling, teknik relaksasi, atau intervensi farmakologis, menjadi langkah penting dalam meningkatkan hasil klinis dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

Kualitas tidur pasien pascaoperasi sering terganggu oleh berbagai faktor, termasuk nyeri, ketidaknyamanan, dan lingkungan rumah sakit yang tidak kondusif. Nyeri pascaoperasi adalah salah satu penyebab utama gangguan tidur, dan manajemen nyeri yang efektif sangat penting untuk meningkatkan kualitas tidur pasien (Moustafa et al., 2020). Selain itu, lingkungan rumah sakit yang bising karena mesin medis, pencahayaan yang terang, dan interupsi oleh staf rumah sakit dapat mengganggu tidur pasien, di mana perubahan lingkungan ini

juga dapat memengaruhi ritme sirkadian pasien, yang berdampak negatif pada pola tidur mereka (Kobayashi et al., 2021). Kecemasan dan stres emosional juga berperan besar, karena tingkat kecemasan yang tinggi sering kali menyebabkan kesulitan tidur. Penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan kecemasan tinggi lebih cenderung melaporkan kualitas tidur yang buruk, menciptakan lingkaran setan di mana kecemasan memperparah gangguan tidur, dan gangguan tidur meningkatkan kecemasan (Kahn et al., 2020).

Kualitas tidur yang buruk memiliki dampak multidimensional terhadap kesehatan pasien, terutama dalam konteks pascaoperasi. Gangguan tidur dapat menghambat pemulihan fisik karena tidur berperan penting dalam proses regenerasi sel, perbaikan jaringan, dan penguatan sistem imun tubuh. Pasien yang tidak mendapatkan tidur yang cukup atau berkualitas cenderung memiliki risiko lebih tinggi mengalami komplikasi pascaoperasi, seperti infeksi, penyembuhan luka yang lambat, dan gangguan metabolisme. Selain itu, kualitas tidur yang buruk juga berkontribusi pada meningkatnya risiko masalah kesehatan mental, seperti depresi, kecemasan berkelanjutan, dan gangguan suasana hati, yang dapat memengaruhi motivasi pasien untuk mengikuti program rehabilitasi atau pengobatan lanjutan (Kumar, 2023).

Selain dampak fisik dan mental, gangguan tidur juga dapat memengaruhi keseimbangan hormon tubuh, termasuk hormon stres seperti kortisol, yang dapat memperburuk respons inflamasi dan meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri. Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk mengembangkan strategi komprehensif guna meningkatkan kualitas tidur pasien pascaoperasi. Strategi ini dapat mencakup intervensi nonfarmakologis seperti konseling psikologis, terapi relaksasi, manajemen nyeri yang efektif, serta penyesuaian lingkungan tidur agar lebih nyaman dan mendukung ritme sirkadian pasien. Di sisi lain, penggunaan intervensi farmakologis harus dipertimbangkan dengan hati-hati untuk memastikan manfaatnya sejalan dengan risiko yang mungkin timbul. Pendekatan yang holistik ini diharapkan tidak hanya meningkatkan kualitas tidur pasien tetapi

juga mempercepat pemulihan fisik, memperbaiki kesejahteraan mental, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan..

Terdapat hubungan yang erat antara kecemasan dan kualitas tidur. Kecemasan yang tinggi dapat menyebabkan gangguan tidur, sedangkan kualitas tidur yang buruk dapat memperburuk kecemasan. Penelitian oleh Kahn et al. (2020) menunjukkan bahwa pasien yang mengalami kecemasan tinggi cenderung melaporkan kualitas tidur yang lebih buruk, menciptakan siklus yang sulit diputus. Dengan melakukan penelitian lebih lanjut, kita tidak hanya mengonfirmasi temuan yang ada tetapi juga memperluas pengetahuan yang dapat digunakan untuk perawatan pasien yang lebih baik, terutama dalam konteks medis yang lebih spesifik. Penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki faktor-faktor yang lebih terperinci dan memberikan rekomendasi praktis untuk meningkatkan kualitas tidur pasien yang mengalami kecemasan, serta membantu dalam proses pemulihan pascaoperasi .

Korelasi ini menjadi semakin signifikan dalam konteks operasi , di mana pasien menghadapi tekanan emosional dan fisik yang berat. Penanganan kecemasan yang efektif sebelum dan sesudah operasi dapat membantu meningkatkan kualitas tidur, yang pada gilirannya dapat mempercepat proses pemulihan. Dalam penelitian ini, kami akan mengeksplorasi lebih lanjut hubungan ini melalui analisis data dari pasien di RSUD Soewondo Kendal.

Di RSUD Soewondo Kendal, pasien yang menjalani operasi sering kali menghadapi tantangan terkait kecemasan dan kualitas tidur. Data awal menunjukkan bahwa sekitar 60% pasien mengalami kecemasan yang signifikan menjelang operasi, dan 65% mengalami kesulitan tidur setelah operasi. Hal ini menunjukkan perlunya intervensi yang lebih baik dalam manajemen kecemasan dan kualitas tidur pasien.

Pasien yang menjalani operasi , seperti yang diobservasi di RSUD Soewondo Kendal, cenderung mengalami kecemasan tinggi yang mengganggu kualitas tidur

mereka. Dari wawancara dengan sepuluh pasien, tampak bahwa kecemasan menjelang dan setelah operasi. Dalam penelitian ini, penting untuk mencatat bahwa meskipun kecemasan dan gangguan tidur sering kali berhubungan erat, ada fenomena menarik yang muncul pada beberapa pasien, yakni mereka yang mengalami kecemasan namun tidurnya tidak terganggu, atau sebaliknya, mereka yang tidak mengalami kecemasan namun tetap mengalami gangguan tidur. Fenomena ini menunjukkan kompleksitas hubungan antara kecemasan dan kualitas tidur, yang memerlukan analisis lebih mendalam untuk memahami faktor-faktor yang dapat mempengaruhi interaksi tersebut. Sebagai contoh, meskipun empat pasien dalam penelitian ini menunjukkan gejala kecemasan yang jelas, tidak semuanya mengalami gangguan tidur yang signifikan. Pasien A, yang mengalami kecemasan mengenai efek samping operasi, tetap mampu tidur dengan relatif baik, sementara pasien B yang khawatir akan dampak jangka panjang operasi pada kualitas hidupnya, justru mengalami gangguan tidur yang cukup parah. Hal yang sama berlaku untuk pasien C dan D, yang meskipun memiliki kecemasan terkait perawatan pascaoperasi dan prognosis kesehatan, hanya satu di antara mereka yang mengalami gangguan tidur yang lebih signifikan.

Di sisi lain, terdapat pula pasien yang tidak mengalami kecemasan yang tinggi, namun tetap melaporkan gangguan tidur setelah operasi. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh faktor lain, seperti ketidaknyamanan fisik pascaoperasi, perubahan hormon, atau faktor psikososial lainnya yang tidak langsung terkait dengan kecemasan. Misalnya, meskipun pasien E tidak merasa cemas, ketidaknyamanan fisik akibat prosedur medis atau perubahan rutinitas dapat menyebabkan tidur yang terganggu.

Selain faktor-faktor umum yang memengaruhi kecemasan pasien, prosedur anestesi (pembiusan) juga menjadi salah satu sumber utama kecemasan praoperatif. Pasien sering kali memiliki kekhawatiran terkait General Anesthesia (GA), seperti rasa takut tidak sadar kembali setelah pembiusan, mual muntah pascaoperasi, atau risiko komplikasi serius. Penelitian oleh Jlala et al. (2010) menunjukkan bahwa lebih dari 80% pasien yang akan menjalani anestesi umum

mengalami kecemasan sedang hingga tinggi, dengan ketakutan terbesar terkait kehilangan kontrol saat tidak sadar.

Sementara itu, pada Regional Anesthesia (RA), kecemasan umumnya berhubungan dengan rasa takut tetap sadar selama prosedur, nyeri saat penyuntikan, serta kemungkinan kelumpuhan. Penelitian oleh Jawaid et al. (2007) menemukan bahwa sekitar 65% pasien yang menjalani anestesi spinal merasa cemas akan nyeri punggung jangka panjang dan komplikasi neurologis. Studi lain oleh Wulandari (2021) di Indonesia juga menunjukkan bahwa pasien dengan RA cenderung merasa lebih cemas terhadap sensasi tidak nyaman di tubuh bagian bawah dibandingkan dengan pasien GA.

Perbandingan antara GA dan RA pun telah diteliti dalam beberapa studi. Penelitian oleh Tully et al. (2016) menemukan bahwa meskipun kecemasan praoperatif lebih tinggi pada pasien dengan GA, pasien RA tetap menunjukkan kecemasan signifikan, terutama terkait ketakutan akan mendengar suara operasi atau merasakan sensasi tidak nyaman selama prosedur. Hal ini mengindikasikan bahwa baik GA maupun RA memiliki risiko menimbulkan kecemasan, meskipun dengan bentuk dan fokus ketakutan yang berbeda.

Temuan ini menunjukkan bahwa kecemasan praoperatif terkait anestesi berhubungan erat dengan kualitas tidur pasien, karena pikiran tentang risiko anestesi sering kali mengganggu istirahat sebelum operasi. Pasien yang sangat cemas terhadap pembiusan dilaporkan memiliki kualitas tidur yang lebih buruk pada malam sebelum operasi (Maranets & Kain, 1999). Oleh karena itu, pendekatan manajemen kecemasan perlu disesuaikan tidak hanya dengan kondisi klinis pasien, tetapi juga dengan jenis anestesi yang akan digunakan, sehingga strategi intervensi dapat lebih efektif dalam meningkatkan ketenangan, kualitas tidur, dan hasil pemulihan pascaoperasi.

Fenomena ini mengindikasikan bahwa hubungan antara kecemasan dan gangguan tidur tidak selalu linier atau sederhana. Terdapat kemungkinan bahwa faktor-

faktor lain—seperti rasa sakit fisik, dukungan sosial, persepsi pasien terhadap kesehatan mereka, atau bahkan pola tidur individu—dapat mempengaruhi kualitas tidur secara independen dari kecemasan yang dirasakan.

Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien secara lebih holistik. Penelitian ini penting untuk mengungkap faktor-faktor yang lebih spesifik, seperti perbedaan individual dalam respons terhadap kecemasan atau dampak fisik pascaoperasi, yang mungkin menjelaskan mengapa beberapa pasien mengalami gangguan tidur meskipun tidak cemas, atau sebaliknya, mereka yang cemas tidak selalu mengalami gangguan tidur. Dengan pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor ini, intervensi yang lebih tepat dan efektif dapat dirancang untuk meningkatkan kualitas tidur dan mengelola kecemasan pasien pascaoperasi ...

B. Rumusan Masalah

Kecemasan dan kualitas tidur merupakan dua aspek penting yang saling memengaruhi, terutama pada pasien yang menjalani operasi . Tingginya tingkat kecemasan pada pasien sebelum operasi sering kali disebabkan oleh kekhawatiran akan hasil prosedur dan dampaknya terhadap kualitas hidup mereka. Pascaoperasi, pasien sering menghadapi kesulitan tidur yang diakibatkan oleh nyeri, ketidaknyamanan, dan lingkungan rumah sakit yang tidak mendukung. Hal ini dapat menghambat proses pemulihan dan memperburuk kondisi psikologis mereka. Berdasarkan latar belakang di atas, masalah yang dapat dirumuskan dalam penelitian ini adalah: "Bagaimana perbandingan tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi ?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Untuk menganalisis perbandingan antara kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi .

2. Tujuan Khusus:

- a. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pada pasien pra dan pasca operasi .
- b. Untuk mengetahui kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi .
- c. Untuk menganalisis perbandingan antara tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi .

D. Manfaat Penelitian

1. **Bagi Pasien:** Memberikan pemahaman yang lebih baik tentang kecemasan dan kualitas tidur, serta meningkatkan kesadaran tentang pentingnya manajemen kedua aspek ini.
2. **Bagi Tenaga Kesehatan:** Memberikan informasi yang berguna untuk mengembangkan strategi manajemen yang lebih efektif dalam menangani kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur pasien pascaoperasi.
3. **Bagi Peneliti Selanjutnya:** Menjadi referensi untuk penelitian lebih lanjut mengenai kesehatan mental dan kualitas tidur pasien dalam konteks bedah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. PRE OPERATIF

a. Pengertian

Perawatan pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena Salah satu faktor utama yang menimbulkan kecemasan pada pasien pra bedah adalah rasa takut terhadap perasaan sakit, prosedur anestesi, maupun hasil operasi yang akan dijalani. Perawat memiliki peran yang sangat penting pada fase pra bedah untuk membantu mengurangi kecemasan pasien melalui pendekatan edukatif dan suportif.

Beberapa bentuk penyuluhan yang dapat diberikan kepada pasien pra bedah meliputi penjelasan tentang seluruh rangkaian peristiwa yang akan dilalui pasien. Hal ini mencakup pemeriksaan-pemeriksaan sebelum operasi beserta alasan persiapan, prosedur rutin yang dilakukan sebelum operasi, alat-alat khusus yang mungkin diperlukan, proses pengiriman pasien ke ruang bedah, hingga gambaran singkat mengenai ruang pemulihan. Selain itu, perawat juga dapat memberikan penjelasan mengenai kemungkinan pengobatan pascaoperasi, seperti perlunya mobilisasi dini, pentingnya menjaga kebebasan jalan napas, serta antisipasi terhadap berbagai bentuk pengobatan lanjutan.

Di samping penjelasan mengenai prosedur medis, perawat juga dapat memberikan edukasi mengenai latihan pernapasan dalam dan batuk efektif, latihan pergerakan kaki, serta pentingnya mobilitas untuk mempercepat pemulihan. Upaya lain yang tidak kalah penting adalah membantu pasien dalam mencapai kenyamanan, baik secara fisik maupun psikologis, sehingga pasien merasa lebih tenang dan siap menghadapi operasi.

Dengan adanya penyuluhan yang komprehensif ini, pasien diharapkan dapat memahami prosedur yang akan dijalani, meminimalkan rasa takut yang berlebihan, serta memiliki kesiapan mental yang lebih baik dalam menghadapi tindakan operasi.

2) Persiapan fisiologi

a) Diet

8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum, (puasa) pada operasi dengan anaestesi umum. Pada pasien dengan anaestesi lokal atau spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Bahaya yang sering terjadi akibat makan/minum sebelum pembedahan antara lain Aspirasi pada saat pembedahan, Mengotori meja operasi dan Mengganggu jalannya operasi.

b) Persiapan Perut

Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Untuk pembedahan pada saluran pencernaan dilakukan 2 kali yaitu pada waktu sore dan pagi hari menjelang operasi. Maksud dari pemberian lavement antara lain Mencegah cedera kolon, Memungkinkan visualisasi yang lebih baik pada daerah yang akan dioperasi, Mencegah konstipasi, Mencegah infeksi

c) Persiapan Kulit

Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut. Pencukuran dilakukan pada waktu malam menjelang operasi.

Rambut pubis dicukur bila perlu saja, lemak dan kotoran harus terbebas dari daerah kulit yang akan dioperasi. Luas daerah yang dicukur sekurang-kurangnya 10-20 cm².

d) Hasil Pemeriksaan

Meliputi hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain. Pemeriksaan radiologi dan diagnostic, seperti: photo thorax CT Scan (computerized tomography scan), MRI (magnetic resonance image), BNO-IVP, renogram, sytoscopy, mammography CIL (colon loop), EKG/ECG, ECHO, EEG, dll. Pemeriksaan laboratorium berupa, pemeriksaan darah, hemoglobin, leukosit, LED, jumlah trombosit, limfosit, protein total (albumin dan globulin), elektrolit (kalium, natrium, dan klorida), CT BT, ureum kreatinin, BUN, dll. Biopsy, yaitu tindakan sebelum operasi berupa pengambilan bahan jaringan tubuh untuk memastikan penyakit pasien sebelum operasi. Pemeriksaan kadar gula darah Pemeriksaan KGD dilakukan untuk mengetahui apakah kadar gula darah pasien dalam rentang normal atau tidak.

e) Persetujuan Operasi / Informed Consent

Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia. Persetujuan bisa didapat dari keluarga dekat yaitu suami / istri, anak tertua, orang tua dan keluarga terdekat. Pada kasus gawat darurat ahli bedah mempunyai wewenang untuk melaksanakan operasi tanpa surat izin tertulis dari pasien atau keluarga, setelah dilakukan berbagai usaha untuk mendapat kontak dengan anggota keluarga pada sisa waktu yang masih mungkin.

f) Persiapan Akhir Sebelum Operasi Di Kamar Operasi (Serah terima dengan perawat OK)

Upaya pencegahan cedera pada pasien praoperasi sangat penting dilakukan untuk melindungi pasien dari kesalahan identifikasi maupun risiko komplikasi akibat prosedur. Tindakan pencegahan ini meliputi serangkaian pemeriksaan dan persiapan yang dilakukan secara sistematis oleh tim kesehatan.

Langkah pertama adalah memastikan persiapan kulit dan perut pasien, termasuk pemeriksaan area kulit serta prosedur lavement bila diperlukan. Selanjutnya, identifikasi pasien harus dilakukan dengan cermat melalui pengecekan gelang identitas, guna menghindari kesalahan prosedur. Perawat juga perlu membantu pasien melepaskan benda-benda pribadi seperti tusuk konde, wig, penutup kepala, perhiasan, serta membersihkan cat kuku untuk mencegah hambatan dalam pemantauan kondisi pasien selama operasi. Pasien yang menggunakan kontak lensa maupun protesa seperti gigi palsu atau mata palsu juga perlu diminta untuk melepas dan mengamankannya, sementara alat bantu dengar boleh tetap digunakan jika pasien memiliki gangguan pendengaran.

Selain itu, pada pasien dengan risiko tromboflebitis, dianjurkan penggunaan kaus kaki anti emboli untuk mencegah komplikasi. Kandung kemih juga perlu dipastikan dalam keadaan kosong sebelum operasi agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan maupun risiko tambahan.

Pemeriksaan status pasien secara menyeluruh harus dilakukan, termasuk pengecekan tanda-tanda vital (suhu, nadi, respirasi, tekanan darah), catatan persiapan kulit, pemberian premedikasi, obat rutin, data antropometri (berat badan dan tinggi badan), informed consent, serta hasil pemeriksaan laboratorium. Semua data ini harus dikonfirmasi sebelum pasien dibawa ke ruang operasi untuk menjamin keamanan tindakan.

Selain pemeriksaan fisik, pemberian obat premedikasi juga merupakan bagian penting dalam mencegah kecemasan dan mempersiapkan pasien menghadapi anestesi. Obat pra-anestesi, seperti sedatif, biasanya diberikan pada malam sebelum operasi dengan tujuan mengurangi kecemasan, memperlancar proses induksi, serta mendukung kelancaran pengelolaan anestesi. Dengan tidur yang

cukup dan perasaan lebih tenang, pasien akan lebih siap secara fisik maupun psikologis menghadapi prosedur bedah.

4. Pengkajian Keperawatan Pra Bedah

a. Data Subyektif

1. Pengetahuan dan Pengalaman Terdahulu

Pemahaman pasien mengenai tindakan bedah yang akan dijalani menjadi dasar penting dalam proses persiapan. Pengetahuan ini meliputi informasi mengenai tempat pelaksanaan operasi, bentuk operasi yang harus dilakukan, serta penjelasan dari ahli bedah mengenai lama perawatan di rumah sakit dan keterbatasan setelah tindakan. Selain itu, pasien juga perlu diberi pemahaman mengenai kegiatan rutin sebelum operasi, kegiatan pasca operasi, serta pemeriksaan-pemeriksaan pendukung pra-bedah.

Pengalaman bedah terdahulu turut memengaruhi kesiapan pasien, baik dari segi bentuk dan sifat operasi sebelumnya, pemeriksaan radiologi (roentgen), maupun lama waktu perawatan yang pernah dijalani. Pasien dengan pengalaman positif cenderung lebih siap, sedangkan pengalaman yang menimbulkan trauma dapat meningkatkan kecemasan.

2. Kesiapan Psikologis Menghadapi Bedah

Kondisi psikologis berperan penting dalam menghadapi proses bedah. Hal ini mencakup penghayatan dan ketakutan pasien terhadap operasi yang dianjurkan, serta metode penyesuaian yang digunakan, seperti doa, teknik relaksasi, atau dukungan sosial. Faktor agama dan keyakinan budaya turut menjadi aspek penting, karena dapat memengaruhi cara pasien menerima dan menyesuaikan diri dengan tindakan medis.

Selain itu, dukungan keluarga dan sahabat dekat sangat berpengaruh terhadap ketenangan pasien, baik dari segi keterjangkauan jarak maupun persepsi mereka sebagai sumber bantuan moral. Perubahan pola tidur serta peningkatan frekuensi berkemih juga dapat menjadi tanda adanya kecemasan menjelang operasi.

3. Status Fisiologis

Status fisiologis pasien perlu dipantau secara menyeluruh karena dapat memengaruhi jalannya anestesi maupun meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi. Hal ini mencakup penggunaan obat-obatan tertentu, adanya alergi terhadap medikasi, sabun, atau plester, serta kondisi penginderaan seperti gangguan penglihatan dan pendengaran.

Asupan nutrisi juga penting diperhatikan, baik dari makanan maupun cairan, karena adanya gejala mual atau anoreksia dapat memperburuk kondisi pasien. Dari aspek motorik, kesulitan ambulasi, keterbatasan gerakan tangan dan kaki, riwayat arthritis, maupun bedah ortopedi terdahulu (misalnya penggantian sendi atau fusi spinal) menjadi faktor yang perlu diperhatikan.

Penggunaan alat prostesis seperti gigi palsu, mata palsu, atau ekstremitas buatan juga perlu dicatat agar tidak mengganggu prosedur anestesi maupun operasi. Terakhir, faktor kesantiaian pasien, yaitu kemampuan tidur, ada tidaknya nyeri, serta harapan pasien untuk bebas dari rasa sakit pasca operasi, menjadi indikator penting dalam menilai kesiapan fisiologis pasien.

b. Data Obyektif

Pada fase pra-bedah, dilakukan pengkajian menyeluruh terhadap kondisi pasien, baik dari aspek komunikasi, interaksi, perilaku, maupun status fisik. Dari segi pola berbicara, pasien cenderung mengulang-ulang tema tertentu, sering mengalami perubahan topik yang berhubungan dengan perasaan cemas, serta ditinjau pula kemampuannya dalam menggunakan bahasa asing seperti bahasa Inggris. Tingkat interaksi dengan orang lain juga menjadi perhatian, apakah pasien mampu berkomunikasi secara efektif atau justru menarik diri.

Dari sisi perilaku, pasien kadang menunjukkan gerakan tangan yang berlebihan, tampak gelisah, dan cenderung mundur dari aktivitas yang sibuk sebagai bentuk ekspresi kecemasan. Selanjutnya, tinggi dan berat badan

pasien dicatat untuk mengetahui status gizi dan sebagai dasar perhitungan kebutuhan anestesi.

Pemeriksaan tanda-tanda vital menjadi bagian penting dalam menilai kondisi umum, meliputi suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan. Selain itu, kemampuan penglihatan dan pendengaran juga dievaluasi untuk memastikan tidak ada hambatan dalam komunikasi maupun adaptasi pasca operasi.

Pada pemeriksaan fisik, kondisi kulit diperhatikan melalui penilaian turgor, adanya lesi, kemerahan, atau bintik-bintik yang mungkin mengindikasikan masalah sirkulasi atau infeksi. Bagian mulut juga dinilai, termasuk penggunaan gigi palsu, kondisi gigi asli, serta keadaan selaput lendir.

Pemeriksaan thoraks meliputi bunyi napas, ekspansi dada, kemampuan bernapas dengan diafragma, serta bunyi jantung yang dijadikan garis dasar untuk perbandingan setelah tindakan bedah. Pada ekstremitas, dinilai kekuatan otot, terutama tungkai, serta karakteristik nadi perifer yang penting sebelum dilakukan tindakan pada sistem vaskuler.

Akhirnya, kemampuan motorik pasien turut diperhatikan, seperti keterbatasan dalam berjalan, duduk, atau bergerak, serta koordinasi saat berjalan. Semua aspek ini penting untuk menilai kesiapan pasien secara komprehensif sebelum menjalani prosedur pembedahan.

- c. Masalah Keperawatan Yang Lazim Muncul yaitu Takut, Cemas , Resiko infeksi , Resiko injury dan Kurang pengetahuan

2. POST-OPERATIF

a. Pengertian

Perawatan post operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre dan intra operatif yang dimulai saat klien diterima di ruang pemulihan / pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya

Periode segera sesudah anaestesi adalah gawat. Pasien harus diamati dengan jeli dan harus mendapat bantuan fisik dan psikologis yang intensif sampai pengaruh utama dari anaestesi mulai berkurang dan kondisi umum mulai stabil. Banyaknya asuhan yang dilaksanakan segera setelah periode pasca anaestesi tergantung kepada prosedur bedah yang dilakukan.

b. Hal-hal yang harus diperhatikan meliputi :

1. Mempertahankan ventilasi pulmonari

Berikan posisi miring atau setengah telungkup dengan kepala tengadah kebelakang dan rahang didorong ke depan pada pasien sampai reflek-reflek pelindung pulih.

2. Saluran nafas buatan

Saluran nafas pada orofaring biasanya terpasang terus setelah pemberian anaestesi umum untuk mempertahankan saluran tetap terbuka dan lidah kedepan sampai reflek faring pulih. Bila pasien tidak bisa batuk dan mengeluarkan dahak dan lendir harus dibantu dengan suction.

3. Terapi oksigen

O₂ sering diberikan pada pasca operasi, karena obat anaestesi dapat menyebabkan lypokhemia. Selain pemberian O₂ harus diberikan latihan nafas dalam setelah pasien sadar.

4. Mempertahankan sirkulasi

Hipotensi dan aritmia adalah merupakan komplikasi kardiovaskuler yang paling sering terjadi pada pasien post anaesthesi. Pemantauan tanda vital dilakukan tiap 15 menit sekali selama pasien berada di ruang pemulihan.

5. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

Pemberian infus merupakan usaha pertama untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit. Monitor cairan per infus sangat penting untuk mengetahui kecukupan pengganti dan pencegah kelebihan cairan. Begitu pula cairan yang keluar juga harus dimonitor.

6. Mempertahankan keamanan dan kenyamanan

Pasien post operasi atau post anaesthesi sebaiknya pada tempat tidurnya dipasang pengaman sampai pasien sadar betul. Posisi pasien sering diubah untuk mencegah kerusakan saraf akibat tekanan kepada saraf otot dan persendian. Obat analgesik dapat diberikan pada pasien yang kesakitan dan gelisah sesuai dengan program dokter. Pada pasien yang mulai sadar, memerlukan orientasi dan merupakan tunjangan agar tidak merasa sendirian. Pasien harus diberi penjelasan bahwa operasi sudah selesai dan diberitahu apa yang sedang dilakukan.

c. Perawatan Pasien Di Ruang Pemulihan/Recovery Room

Uraian diatas telah membahas tentang hal yang diperhatikan pada pasien post anaesthesi. Untuk lebih jelasnya maka dibawah ini adalah petunjuk perawatan/ observasi diruang pemulihan :

1. Posisi kepala pasien lebih rendah dan kepala dimiringkan pada pasien dengan pembiusan umum, sedang pada pasein dengan anaesthesi regional posisi semi fowler.
2. Pasang pengaman pada tempat tidur.
3. Monitor tanda vital : TN, Nadi, respirasi / 15 menit.

4. Penghisapan lendir daerah mulut dan trakhea.
5. Beri O₂ 2,3 liter sesuai program.
6. Observasi adanya muntah.
7. Catat intake dan output cairan.

Beberapa petunjuk tentang keadaan yang memungkinkan terjadinya situasi krisis :

1. Tekanan sistolik < 90 –100 mmHg atau > 150 – 160 mmHg, diastolik < 50 mmHg atau > dari 90 mmHg.
2. HR kurang dari 60 x/menit > 10 x/menit
3. Suhu > 38,3° C atau kurang dari 35° C.
4. Meningkatnya kegelisahan pasien
5. Tidak BAK + 8 jam post operasi.
6. Pengeluaran dari ruang pemulihan / Recovery Room

Kriteria umum yang digunakan dalam mengevaluasi pasien :

1. Pasien harus pulih dari efek anaestesi.
2. Tanda-tanda vital harus stabil.
3. Tidak ada drainage yang berlebihan dari tubuh.
4. Efek fisiologis dari obat bius harus stabil.
5. Pasien harus sudah sadar kembali dan tingkat kesadaran pasien telah sempurna.
6. Urine yang keluar harus adekuat (1cc/ Kg/jam). Jumlahnya harus dicatat dan dilaporkan.
7. Semua pesan harus ditulis dan dibawa ke bangsal masing-masing.
8. Jika keadaan pasien membaik, pernyataan persetujuan harus dibuat untuk kehadiran pasien tersebut oleh seorang perawat khusus yang bertugas pada unit dimana pasien akan dipindahkan.
9. Staf dari unit dimana pasien harus dipindahkan, perlu diingatkan untuk menyiapkan dan menerima pasien tersebut.
10. Pengangkutan Pasien keruangan

Hal-hal yang harus diperhatikan selama membawa pasien ke ruangan antara lain:

1. Keadaan penderita serta order dokter.
2. Usahakan pasien jangan sampai kedinginan.
3. Kepala pasien sedapat mungkin harus dimiringkan untuk menjaga bila muntah sewaktu-waktu dan muka pasien harus terlihat sehingga bila ada perubahan sewaktu-waktu terlihat.

d. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi

Pada pengkajian awal pasien pasca operasi, dilakukan penilaian secara menyeluruh terhadap kondisi fisiologis dan kebutuhan perawatan. Dari aspek status respirasi, diperhatikan kebersihan jalan napas, kedalaman, kecepatan, serta sifat pernapasan, disertai evaluasi bunyi napas untuk mendeteksi adanya gangguan ventilasi. Status sirkulasi dinilai melalui pemeriksaan nadi, tekanan darah, suhu tubuh, serta warna kulit guna mengetahui perfusi jaringan dan kestabilan hemodinamik pasien. Selanjutnya, status neurologis diperiksa dengan menilai tingkat kesadaran pasien. Pada area luka operasi, dilakukan observasi terhadap balutan, termasuk keadaan drain dan keberadaan pipa yang perlu disambungkan dengan sistem drainage agar tetap berfungsi dengan baik.

Aspek kenyamanan pasien juga diperhatikan, seperti adanya nyeri, mual, maupun muntah yang sering muncul setelah pembedahan. Dari sisi keselamatan, pasien dipastikan mendapatkan perlindungan dengan pemasangan penghalang samping tempat tidur, ketersediaan kabel panggil yang mudah dijangkau, serta alat pemantau yang terpasang dan berfungsi optimal.

Dalam hal perawatan, cairan infus harus dikaji meliputi kecepatan tetesan, jumlah cairan yang masuk, dan kelancaran jalurnya. Sistem drainage juga diperhatikan dari bentuk pipa, kelancaran aliran, hubungan dengan alat penampung, serta sifat dan jumlah cairan yang keluar.

Akhirnya, evaluasi terhadap nyeri dilakukan dengan mengkaji waktu timbulnya, lokasi, frekuensi, kualitas, serta faktor yang memperberat atau memperingan rasa nyeri. Semua aspek ini penting untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai kondisi pasien serta menentukan intervensi keperawatan yang tepat pasca operasi.

e. *Data Subyektif*

Pasien hendaknya ditanya mengenai gejala-gejala ketidaknyamanan setelah ditempatkan ditempat tidur dengan posisi tubuh yang menunjang. Pertanyaan-pertanyaan yang langsung misalnya :”Bagaimana perasaan anda?”, dapat memperlihatkan data mula dan nyeri tanpa memfokuskan pada daerah yang spesifik, dimana tidak ada keluhan. Penginderaan rasa nyeri sering kali meningkat pada waktu ini akibat pemindahan dari brankard ke tempat tidur. Sangat penting untuk mengetahui lokasi, bentuk serangan dan perubahan intensitas rasa nyeri, dan bukan menyangka bahwa nyeri berasal dari torehan.

Mual jarang timbul setelah pasca anaestesi baru. Sangat besar kemungkinan terjadi mual bila perut mengalami manipulasi yang ekstensif pada waktu prosedur bedah atau telah mendapat narkotika yang cukup banyak.

f. *Data Objektif*

Sistem Respiratori, Status sirkulasi, Tingkat Kesadaran, Balutan, Posisi tubuh dan Status Urinari / eksresi.

g. Pengkajian Psikososial

Yang perlu diperhatikan : umur, prosedur pembedahan, efek samping dari prosedur pembedahan dan pengobatan, body image dan pola/gaya hidup. Juga tanda fisik yang menandakan kecemasan termasuk denyut nadi, tekanan darah, dan kecepatan respirasi serta ekspresi wajah.

h. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium berdasarkan pada prosedur pembedahan, riwayat medis, dan manifestasi klinik post operasi. Pemeriksaan laboratorium lab post operasi secara umum anatara lain : Analisa serum dan elektrolit, glukosa dan pemeriksaan darah lengkap. Pemeriksaann urine sekitar setiap 4 jam untuk klien dengan resiko dehidrasi dan insufisisensi ginjal.

i. Masalah Keperawatan Yang Lazim Muncul

Pasien pasca operasi menunjukkan beberapa masalah keperawatan yang saling terkait dan memerlukan perhatian komprehensif. Terdapat gangguan pertukaran gas akibat efek samping anestesi, yang dapat menimbulkan pernapasan tidak efektif, serta bersihan jalan napas tidak efektif terkait peningkatan produksi sekret. Selain itu, pasien mengalami nyeri akut sebagai konsekuensi proses pembedahan, yang berpotensi mengganggu mobilitas fisik dan aktivitas sehari-hari, serta kerusakan mobilitas fisik akibat nyeri tersebut.

Kerusakan integritas kulit terlihat pada luka post operasi, sehingga perlu perhatian pada perawatan luka dan pencegahan infeksi. Pasien juga memiliki risiko cedera karena kelemahan fisik, efek anestesi, penggunaan obat-obatan seperti penenang dan analgesik, serta imobilisasi yang berkepanjangan.

Masalah lain yang muncul termasuk risiko retensi urine yang berhubungan dengan anestesi, bedah pelvis, dan kurang gerak, serta konstipasi akibat efek anestesi. Pasien mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan akibat anoreksia, lemah, nyeri, dan mual, serta keluhan mual yang disebabkan oleh anestesi, narkotika, dan ketidakseimbangan elektrolit.

Selain itu, pasien menunjukkan kurang pengetahuan terkait prosedur pembedahan dan perawatan pasca operasi, yang berkontribusi pada

kecemasan. Edukasi dan dukungan psikologis menjadi penting untuk mengurangi cemas dan meningkatkan pemahaman pasien.

3. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan atau yang sering disebut ansietas merupakan perasaan takut akan terjadinya peristiwa atau sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahayanya dan juga sinyal yang membantu seseorang menyiapkan tindakan untuk menghadapi suatu ancaman. Semua pengaruh bencana, tuntutan, persaingan dalam kehidupan dapat juga membawa dampak terhadap kesehatan psikologis maupun fisik. Dampak psikologis yang ditimbulkan adalah kecemasan atau ansietas (Sutejo,2018).

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tertekan, pikiran gelisah, dan perubahan fisik seperti tekanan darah tinggi. Perubahan hemodinamik ini dapat disertai dengan stimulasi simpatis, parasimpatis, dan endokrin. Ketakutan dapat terjadi sebagai respons terhadap bahaya nyata dan tidak nyata. Kecemasan adalah predisposisi bagi manusia karena tidak ada faktor spesifik yang diidentifikasi (Wicaksana & Dwianggimawati, 2022).

Kecemasan merupakan suatu keadaan emosi yang tidak ada objek tertentu. Kecemasan disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak diketahui dan biasanya diikuti oleh semua pengalaman yang baru ditemui (Stuart, 2016)

b. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi

Menurut (Lestari, 2015) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan ialah, sebagai berikut:

1) Umur

Umur biologis atau usia adalah perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang (DEPKES 2009). Banyak yang berpendapat bahwa faktor umur yang muda lebih mudah mengalami stress dari pada umur yang lebih tua. Tetapi ada juga yang berpendapat bahwa usia muda biasanya sering mengalami kecemasan atau stress karena masalah yang mungkin, dan sering dialami oleh seseorang pada usia muda.

Walaupun umur susah ditentukan karena sebagian besar pasien merasakan kecemasan selama mereka merasakan sesuatu, tetapi kecemasan sering terjadi pada rentan usia 20-40 tahun.

Tabel 2.1 : Kategori Usia

No.	Kategori Umur	Umur/Usia
1.	Masa Remaja Akhir	17 – 25 tahun
2.	Masa Dewasa Awal	26 – 35 tahun
3.	Masa Dewasa Akhir	36 – 45 tahun
4.	Masa Lansia Awal	46 – 55 tahun
5.	Masa Lansia Akhir	56 – 65 tahun

Sumber Depkes. RI (2009)

2) Keadaan fisik

Salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan adalah penyakit. Biasanya seseorang yang menderita penyakit lebih mudah timbulnya kecemasan dibandingkan seseorang yang sedang sehat.

3) Sosial budaya

Budaya dan lingkungan yang sering ditemui di masyarakat juga bisa menimbulkan terjadinya faktor stress.

4) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang juga mempengaruhi kemampuan berpikir, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah berfikir dan mencerna informasi yang diterima. Dan tingkat pendidikan yang tinggi juga akan memberikan respon yang lebih rasional dibanding seseorang yang memiliki pendidikan rendah atau tidak berpendidikan sama sekali.

Menurut Teguh (2014) tingkat pendidikan merupakan tahapan pendidikan yang berdasarkan tingkatan perkembangan peserta didik. Jenjang pendidikan formal meliputi pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

Pendidikan dasar yaitu jenjang pendidikan yang mendasari dan melandasi jenjang pendidikan menengah. Pendidikan dasar mencakup sekolah dasar (SD), sekolah menengah pertama (SMP). Pendidikan menengah yaitu lanjutan pendidikan dasar yang terdiri dari pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah

kejuruan. Pendidikan menengah meliputi sekolah menengah atas (SMA).

Pendidikan tinggi yaitu jenjang pendidikan setelah menempuh pendidikan dasar dan menengah yang mencakup program pendidikan mulai dari diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang di gelar oleh pendidikan tinggi. Perguruan tinggi dapat berupa politeknik, akademi, sekolah tinggi, institut atau universitas

Kecemasan termasuk respon yang dapat dipelajari, dengan begitu pendidikan yang rendah menjadi faktor terjadinya kecemasan seseorang.

5) Tingkat pengetahuan

Seseorang yang tingkat pengetahuan yang rendah cenderung mudah mengalami stress. Kurangnya pengetahuan disebabkan oleh tingkat pendidikan yang kurang dan menyebabkan kurangnya informasi yang diperoleh

c. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2016) ada beberapa tingkat kecemasan dan karakteristiknya antara lain:

1) Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan

lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar, menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang bisa memungkinkan seseorang memfokuskan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang tidak penting. Kecemasan sedang juga mempersulit pola pikir seseorang, oleh sebab itu, seseorang memiliki pikiran yang tidak perhatian yang selektif, tetapi kecemasan ini bisa fokus ke lebih banyak area jika terarah.

3) Kecemasan Berat

Seseorang lebih memfokuskan kepada sesuatu yang lebih baik dan juga terarah dan juga tidak memikirkan hal lain. Tindakan cenderung diarahkan untuk mengurangi kecemasan tersebut. Seseorang membutuhkan banyak arahan untuk memfokuskan ke area lain.

4) Kecemasan Berat Sekali/Panik

Kecemasan ini disebabkan oleh ketakutan, keterkejutan dan juga teror, seseorang mengalami kecemasan berat cenderung mengalami kehilangan kendali, seseorang yang mengalami kepanikan disertai dengan kebingungan seseorang mengakibatkan peningkatan aktivitas motorik. Kemampuan

untuk berhubungan dengan orang lain menurun dan juga pola pikir yang menyimpang dan juga persepsi.

d. Gejala

Menurut Dadang (2011) gejala yang timbul akibat gangguan kecemasan yang sering ditemui antara lain :

- 1) Rasa cemas dan rasa khawatir yang muncul secara berlebihan terhadap semua kondisi yang mempunyai ciri khas tertentu.
- 2) Pikiran yang muncul secara berlebihan tentang rencana dan semua solusi untuk setiap kemungkinan belum akan terjadi.
- 3) Seseorang lebih sering tersinggung, gelisah, gugup dan juga merasa tersudutkan.
- 4) Seseorang juga lebih sulit berkonsentrasi.

e. Penatalaksanaan kecemasan

Penatalaksanaan kecemasan dapat dilakukan secara farmakologi dan juga non farmakologi.

- 1) Farmakologi

Menurut Fahmawati (2018) teknik secara farmakologi yaitu Teknik yang dilakukan dengan cara memberikan obat atau juga disebut medikasi, obat yang diberi antara lain :

- a) Antiansietas

- (1) Golongan benzodiazepine

(2) Buspiron

b) Antidepressant

Obat dengan golongan Serotonin Norepinephrin Inhibitors (SNRI). Pengobatan yang menggabungkan psikoterapi dan farmakoterapi paling efektif untuk pasien yang mengalami kecemasan.

2) Non Farmakologi

Menurut Fahmawati (2018) teknik non farmakologi meliputi :

a) Distraksi

Terapi distraksi untuk menghilangkan kecemasan dengan cara pengalihan perhatian pada hal lain sehingga pasien bisa lupa terhadap kecemasannya. Semua pikiran yang menyenangkan membuat pelepasan endorfin yang dapat memberhentikan dan menghambat cemas dengan itu lebih sedikit timbulnya stimulus cemas yang ditransmisikan ke dalam otak.

b) Relaksasi

Metode relaksasi yaitu metode terapi yang menggunakan teknik meditasi, visualisasi, imajinasi dan progresif. Metode ini bertujuan untuk membuat perasaan klien lebih tenang dan rileks.

c) Media

Media yang digunakan dalam terapi kecemasan dengan pendidikan kesehatan meliputi booklet, leaflet, poster dan juga video

f. Pengukuran Kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan, peneliti menggunakan kuesioner dengan metode *Zung – Self Rating Anxiety Scale*. *Zung – Self Rating Anxiety Scale* (SAS) merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan. Penilaian berdasarkan skala *Likert* dari 1-4, dimana skor 4 menggambarkan hal negatif dengan penilaian : sangat jarang (1), kadang kadang (2), sering (3), selalu (4). Dengan menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pertanyaan, yang terdiri dari 5 gejala untuk sikap dan 15 pertanyaan untuk gejala somatis. Tingkat kecemasan di kategorikan menjadi empat, yaitu : Normal, jika hasil penilaian dari kuisisioner didapatkan nilai 20-45, Cemas ringan, jika hasil penilaian dari kuisisioner didapatkan nilai 46-65, Cemas sedang, jika hasil penilaian dari kuisisioner didapatkan nilai 66-80, Cemas berat(Wulansari, 2021)

1. Gangguan Kualitas Tidur

a. Definisi

Tidur adalah keadaan kesadaran yang berubah di mana seseorang dapat dibangunkan. Tidur telah digambarkan sebagai

keadaan perilaku yang ditandai dengan karakteristik posisi tidak bergerak yang dapat dibalik. Tidur juga dapat didefinisikan sebagai keadaan tidak sadar di mana seseorang dapat dibangunkan oleh rangsangan sensorik. Tidur berbeda dengan koma, karena koma adalah keadaan tidak sadar yang tidak dapat dibangunkan oleh rangsangan (Khonsary, 2017).

Tidur adalah keadaan tidak sadar dari mana seorang individu dapat dibangunkan oleh rangsangan yang sesuai atau sensorik. Atau, dapat digambarkan sebagai keadaan ketidaksadaran relatif yang merupakan serangkaian siklus berulang tanpa aktivitas, bukan hanya keadaan istirahat total tanpa aktivitas. Aktivitas minimal dengan karakteristik kesadaran yang berbeda, perubahan fisiologis, penurunan respon terhadap rangsangan eksternal (A. A. Hidayat, 2015).

b. Fisiologis

Tidur yang normal melibatkan dua fase yaitu gerak bola mata cepat atau *rapid eye movement* (REM) dan tidur dengan gerak bola mata lambat atau *non-rapid eye movement* (NREM). Selama NREM seseorang mengalami 4 tahap selama siklus tidur. Tahap 1 dan 2 merupakan karakteristik dari tidur dangkal dan seseorang lebih mudah bangun. Tahap 3 dan 4 merupakan tidur dalam dan sulit untuk dibangunkan. Lansia tidur selama 6 jam setiap malamnya 20-25% adalah tidur REM.

Perubahan tidur normal pada lansia adalah terdapat penurunan pada NREM 3 dan 4, lansia hampir tidak memiliki tahap 4 atau tidur dalam. Perubahan pola tidur lansia disebabkan perubahan sistem neurologis yang secara fisiologis akan mengalami penurunan jumlah dan ukuran neuron pada sistem saraf pusat. Hal ini mengakibatkan fungsi dari *neurotransmitter* pada sistem neurologi menurun, sehingga distribusi norepinefrin yang merupakan zat untuk merangsang tidur juga akan menurun. Lansia yang mengalami perubahan fisiologis pada sistem neurologis menyebabkan gangguan kualitas tidur (Khasanah & Hidayati, 2012).

Tidur dikategorikan berdasarkan kriteria perilaku dan fisiologis yang terbagi menjadi dua keadaan yaitu tidur *non rapid eye movement* (NREM) yang dibagi lagi menjadi tiga tahap (N1, N2, dan N3), dan *rapid eye movement* (REM) yang ditandai dengan gerakan mata cepat (Santhi and Mukunthan, 2013). Tidur merupakan suatu ritme biologis yang bekerja 24 jam yang bertujuan untuk mengembalikan stamina untuk kembali beraktivitas. Tidur dan terbangun diatur oleh batang otak, thalamus, hypothalamus dan beberapa neurohormon dan neurotransmitter juga dihubungkan dengan tidur. Hasil yang diproduksi oleh mekanisme serebral dalam batang otak yaitu serotonin. Serotonin ini merupakan

neurotransmitter yang perannya sangat penting dalam menginduksi rasa kantuk, juga sebagai medula kerja otak (Khonsary, 2017)

c. Faktor - faktor yang Mempengaruhi Tidur

Faktor yang dapat mempengaruhi tidur adalah sebagai berikut :

1) Penyakit

Suatu penyakit dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Kebanyakan penyakit dapat memperbesar terjadinya gangguan tidur seperti contohnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi dikarenakan memerlukan lebih banyak waktu tidur karena penyakit tersebut. Banyak juga ditemukan pasien yang sakit dan akibatnya kurang tidur (hidayat A 2015)

2) Umur

Umur juga dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Saat usia bertambah berkurang juga kebutuhan tidurnya, karena kebutuhan tidur anak-anak berbeda dengan kebutuh tidur dewasa dan juga berbeda dengan lansia.

3) Stress psikologis

Suatu kondisi psikologis juga bisa mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Contohnya saja saat seseorang memiliki masalah psikologis kebanyakan seseorang memikirkan masalah tersebut dan sulit untuk tidur.

4) Lingkungan

Lingkungan juga dapat mempengaruhi tidur seseorang. Pada saat lingkungan bersih, tidak ada kegaduhan, suhu dingin akan membuat seseorang tenang dan saat tertidur merasa nyenyak. Begitupun jika suhu panas, lingkungan kotor dan suasana tidak tenang biasanya seseorang susah untuk tidur.

d. Kualitas tidur

Kualitas tidur merupakan gambaran yang subjektif dan juga seringkali ditentukan oleh perasaan semangat atau tidak setelah bangun (Kozier 2015). Kualitas tidur adalah suatu keadaan seseorang untuk mendapatkan kebugaran dan kesegaran saat terbangun dari tidur, kebutuhan tidur dikatakan bagus jika seseorang tidak menunjukkan tanda kekurangan tidur.

Kualitas tidur merupakan kejadian yang sering terjadi yang melibatkan domain diantaranya penilaian terhadap lama waktu tidur, gangguan tidur, kualitas tidur, disfungsi tidur, efisiensi tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi tidur di siang hari. Jika 5 dari ke 7 domain tersebut terganggu maka akan terjadinya penurunan kualitas tidur.

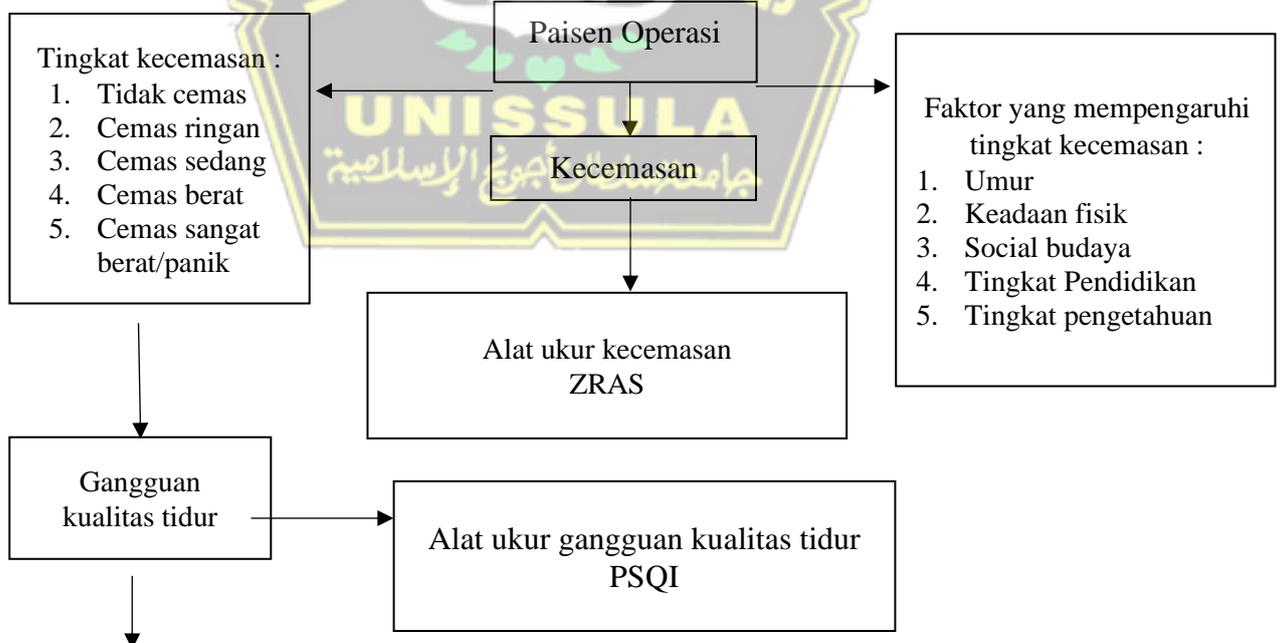
Tanda seseorang kekurangan tidur dibagi menjadi 2 yaitu tanda fisik dan juga psikologis. Tanda fisik bisa dilihat melalui ekspresi wajah contohnya mata merah dan cenderung cekung, mengantuk secara berlebihan, dan tidak bisa berkonsentrasi. Tanda psikologis

yaitu respon menurun, daya ingat menjadi kurang, halusinasi dan juga kemampuan mendengar dan mengambil keputusan menurun.

e. Instrumen pengukur kualitas tidur

Kualitas tidur dapat diukur menggunakan *Pittsburg Quality of Sleep Index* (PSQI). Alat ini merupakan alat untuk menilai kualitas tidur. Alat ini terdiri dari 19 poin pertanyaan yang berada di dalam 7 komponen nilai dan 5 pertanyaan untuk teman sekamar. Pertanyaan itu mengkaji secara luas faktor yang berhubungan dengan tidur seperti durasi tidur, latensi tidur, dan masalah tidur. Setiap komponen skor memiliki rentang nilai 0-3. Ketujuh komponen dijumlahkan sehingga terdapat skor 0-21, dimana skor lebih tinggi dari 5 menandakan kualitas tidur yang buruk (Wulansari, 2021).

B. Kerangka teori



Faktor yang mempengaruhi gangguan kualitas tidur :

1. Umur
2. Penyakit
3. Stres psikologis
4. lingkungan

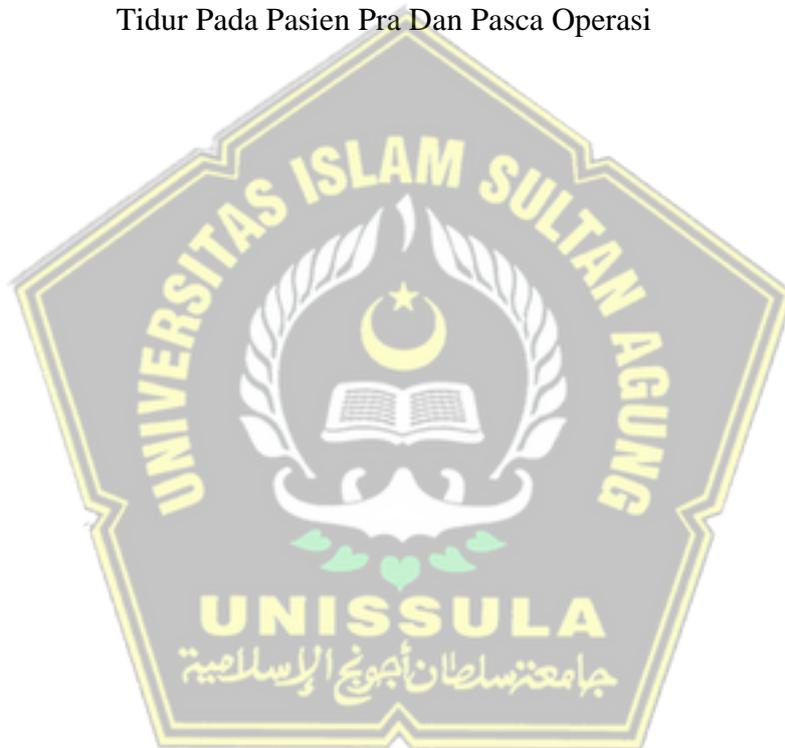


C. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul

Ho : Tidak ada Perbandingan Antara Tingkat Kecemasan Dan Kualitas Tidur Pada Pasien Pra Dan Pasca Operasi

Ha : Ada Perbandingan Antara Tingkat Kecemasan Dan Kualitas Tidur Pada Pasien Pra Dan Pasca Operasi



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

1. Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan penjelasan tentang konsep-konsep yang terkandung di dalam asumsi teoritis yang akan digunakan untuk mengabstraksikan (mengistilahkan) unsur-unsur yang terkandung di dalam fenomena yang akan diteliti dan bagaimana hubungan antara konsep tersebut (Silalahi., 2019)



= Variabel Terikat



= Variabel Bebas

2. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya. Variabel yang

digunakan dalam penelitian ini adalah variabel independen dan variabel dependen (Silalahi., 2019).

- a. Variabel Bebas (Independent Variable) Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau variabel lain atau disebut sebagai variabel stimulus yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat. Pada penelitian ini yang menjadi variabel bebas terdiri dari Kecemasan dan Kualitas Tidur

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen, yang sering juga disebut eksperimen semu. Metode ini merupakan adaptasi dari metode eksperimen sejati (true experiment) yang terkadang sulit untuk dilaksanakan dalam konteks tertentu. Dalam kuasi eksperimen, terdapat kelompok kontrol, namun kemampuan untuk mengontrol variabel-variabel luar yang dapat mempengaruhi pelaksanaan eksperimen terbatas. Metode ini dirancang untuk mengatasi tantangan dalam menentukan kelompok kontrol secara ketat, yang sering kali menjadi kendala dalam penelitian eksperimen sejati (Syahza, 2021)

Desain penelitian yang dipilih dalam studi ini adalah Pre-Post Test Design. Dalam desain ini, responden akan dikaji terlebih dahulu sebelum diberi intervensi, kemudian dilakukan pengukuran ulang setelah intervensi diberikan. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi . Dengan desain ini, diharapkan dapat dianalisis perbedaan yang terjadi

pada kedua kondisi tersebut, baik sebelum maupun setelah pasien menjalani prosedur operasi.



Gambar 3.1
Skema Pre Post-test Design

Keterangan :

O1 : Pre test

O2 : Post Test

C. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat dimana proses studi yang digunakan untuk memperoleh pemecahan masalah penelitian berlangsung.

Lokasi penelitian adalah tempat dimana penelitian itu dilakukan. Lokasi penelitian yang diambil penulis berada di RSUD Kendal Ruang Kenanga.

Waktu penelitian berlangsung bulan Juni

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang di RSUD Kendal Ruang Kenanga jumlah pasien pasca operasi tercatat masing-masing sebanyak 118 pasien pada bulan Desember, 122 pasien pada bulan Januari, dan 121 pasien pada bulan Februari, sehingga totalnya 361 pasien dengan rata-rata sebanyak 120 pasien per bulan."

2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.

Kriteria inklusi:

- a. Pasien akan menjalani operasi yang ada di Ruang Kenanga RSUD Kendal
- b. Pasien dengan usia 18- 45 tahun
- c. Pasien mengalami kecemasan

Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien dengan luka terbuka dengan meningkatkan kerusakan jaringan karena mengurangi aliran ke luka terbuka
- 2) Pasien dengan gangguan sirkulasi.
- 3) Pasien yang mengalami keterbatasan gerak misalnya tidak bisa menggerakkan badannya.
- 4) Pasien yang menjalani perawatan tirah baring (bed rest)

Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini tetapkan dengan menggunakan rumus dua populasi berpasangan Nursalam (2017) yaitu :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N (d^2)} \\
 &= \frac{120}{1 + 120 (0,1)^2} \\
 &= \frac{120}{1,01}
 \end{aligned}$$

= 118,8 dibulatkan menjadi 119

Keterangan:

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat kepercayaan menggunakan 0,05

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 119 pasien

3. Teknik sampling

Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah Purposive sampling. Purposive sampling adalah metode pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara memilih sampel secara sengaja berdasarkan kriteria atau tujuan tertentu yang sudah ditetapkan oleh peneliti. Dalam teknik ini, peneliti tidak mengambil sampel secara acak, melainkan memilih individu atau kelompok yang dianggap paling sesuai untuk memberikan informasi yang relevan dengan tujuan penelitian (Sahir, 2021). pemilihan sampling dengan cara ini merupakan jenis non probability sampling

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pengertian atau batasan-batasan yang berguna untuk membatasi ruang lingkup variabel yang akan diteliti (Silalahi., 2019).

No	Variabel	Definisi opertional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
1	kualitas tidur	Pola tidur merupakan pasien yang mengalami gangguan kualitas tidur karena cemas akan dilakukannya tindakan operasi	Kuesioner Pittburgh Sleep Quality Indek (PSQI).	Skor <5 : Baik >5 : Kurang	Ordina 1

		dan anestesi			
2	Tingkat Kecemasan	Tingkat kekhawatiran yang tidak jelas dan berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti selama menjalani hemodialisa	Kuesioner <i>Self Rating Anxiety Scale</i> (SAS)	Skor Interpretasi Klinis Indeks Kecemasan	Ordina 1
				1. Di bawah 45 Normal	
				2. 45 – 59 minimal hingg sedang	
				3. 60 – 74 parah	
				4. 75 ke atas ekstrim	

F. Instrumen penelitian dan cara pengumpulan data

1. Instrumen penelitian

a. Kusioner Kecemasan

Menggunakan kuesioner dengan metode *Zung – Self Rating Anxiety Scale*. *Zung – Self Rating Anxiety Scale* (SAS) merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan. Penilaian berdasarkan skala *Likert* dari 1-4, dimana skor 4 menggambarkan hal negatif dengan penilaian : sangat jarang (1), kadang kadang (2), sering (3), selalu (4). Cara pengisian kuesioner adalah dengan memberikan jawaban dengan tanda ceklis (√) sesuai dengan hasil yang diinginkan. Sebelum angket dibagikan, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan dari penelitian ini dan juga meminta kesediaan responden. Setelah angket diisi oleh responden, kemudian angket dikumpulkan dan dicek kelengkapannya oleh peneliti untuk diolah dan dianalisis. (Wulansari, 2021)

b. Kusioner Kulaitas Tidur

kualitas tidur instrumen yang digunakan adalah *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). PSQI merupakan instrumen yang efektif digunakan untuk mengukur kualitas dan pola tidur pada orang dewasa. Untuk ketujuh komponennya. Penilaian jawaban berdasarkan skala *Likert* dari 0-3, dimana skor 3 menggambarkan hal negatif. Pengkategorian kualitas tidur terbagi menjadi dua kelompok, yaitu kualitas tidur baik dan kualitas tidur kurang. Rentang jumlah skor PSQI adalah 0 s.d 21 dari ketujuh komponennya. Kualitas tidur dikatakan baik apabila jumlah skor penilaian ≤ 5 , sedangkan kualitas tidur dikatakan buruk apabila jumlah skor penilaian > 5

2. Cara Pengumpulan data

Metode pengumpulan data dilakukan melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

a. Persiapan

- 1) Peneliti meminta ijin dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang..
- 2) Peneliti meminta ijin kepada Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang...
- 3) Peneliti meminta ijin ke Bapelitbang Kabupaten Kendal

4) Peneliti meminta izin ke Direktur RSUD Kendal

b. Pelaksanaan

- 1) Pelaksanaan pengambilan data dimulai pada saat pasien pre operasi
- 2) Peneliti menuju tempat pengambilan data saat pasien
- 3) Setelah sampai ditempat pengambilan data, peneliti kemudian memilah subyek penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan.
- 4) Subyek yang telah memenuhi kriteria inklusi diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian, yang dijelaskan sesuai dengan naskah penjelasan sebelum persetujuan klien untuk mengikuti penelitian.
- 5) Apabila klien bersedia secara sukarela untuk mengikuti penelitian, peneliti meminta persetujuan dengan meminta responden menandatangani lembar informed consent bagi subjek yang bersedia menjadi responden.
- 6) Pemilihan responden dengan teknik sampling purposive sampling atau sesuai dengan kriteria peneliti berdasarkan kriteria inklusi,
- 7) Saat proses penelitian sebelum memulai peneliti mengkaji tingkat kecemasan kline dengan kuesioner PSQI dan kualitas tidur pasien sebagai pre test sebelum operasi.

- 8) Peneliti melakukan observasi kembali skala kecemasan kline dengan kuesioner PSQI dan kualitas tidur pasien sebagai post test
- 9) Kemudian merapikan pasien kembali, membereskan peralatan dan memebritahu pasien bahwa tindakan telah selesai

G. Uji Validitas dan Realibilitas

1. Uji Validitas

Uji validitas merupakan persamaan data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang diperoleh langsung yang terjadi pada subyek penelitian (Sugiyono, 2018:267). Uji validitas digunakan untuk mengukur valid atau tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuesioner mampu mengungkapkan yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Uji validitas pada setiap pertanyaan apabila r hitung $>$ r tabel pada taraf signifikan ($\alpha = 0,05$) maka instrumen itu dianggap tidak valid dan jika r hitung $<$ r tabel maka instrumen dianggap tidak valid.

Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan uji validitas karena kuesioneryang digunakan diadopsi dari kuesioner baku yaitu Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) untuk kualitas tidur, memiliki konsistensi internal dan koefisien reliabilitas (alpha cronbach) sebesar 0,83 dan Zung – Self Rating Anxiety Scale (SAS) untuk tingkat kecemasan memiliki konsistensi internal (alpha cronbach 0,85) dan koefesien reliabilitas total 0,79 (Nursalam, 2012). Penggunaan instrumen penelitian tersebut pernah dilakukan oleh Dewi Komalasari dengan Judul Hubungan Antara Tingkat

Kecemasan dengan Kualitas Tidur pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Jatinangor, Kabupaten Sumedang dengan hasil uji alpha cronbach 0,83 untuk PSQI dan 0,85 untuk instrumen SAS.(Wulansari, 2021)

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan (Sugiyono, 2018:268). Data yang tidak reliabel, tidak dapat di proses lebih lanjut karena akan menghasilkan kesimpulan yang bias, suatu alat ukur yang dinilai reliabel jika pengukuran tersebut menunjukkan hasil-hasil yang konsisten dari waktu ke waktu.

- a. Jika nilai cronbach appha $\alpha > 0,6$ maka reliabel.
- b. Jika nilai cronbach appha $\alpha < 0,6$ maka tidak reliabel.

Realiabititas adalah kesamaan hasil pengukuran yang dilakukan bila fakta atau kenyataan hidup diukur dan diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan.

Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan uji validitas karena kuesioneryang digunakan diadopsi dari kuesioner baku yaitu Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) untuk kualitas tidur, memiliki konsistensi internal dan koefisien reliabilitas (alpha cronbach) sebesar 0,83 dan Zung – Self Rating Anxiety Scale (SAS) untuk tingkat kecemasan memiliki konsistensi internal (alpha cronbach 0,85) dan koefisien reliabilitas total 0,79 (Nursalam, 2012). Penggunaan instrumen penelitian tersebut pernah dilakukan oleh Dewi Komalasari dengan

Judul Hubungan Antara Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Jatinangor, Kabupaten Sumedang dengan hasil uji alpha cronbach 0,83 untuk PSQI dan 0,85 untuk instrumen SAS.(Wulansari, 2021).

H. Metode Analisis Data

Semua data dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan program Komputer. Analisa data dilakukan secara sistematis antara lain:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah suatu teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisis univariat biasa juga disebut analisis deskriptif atau statistik deskriptif yang bertujuan menggambarkan kondisi fenomena yang dikaji. Analisis univariat merupakan metode analisis yang paling mendasar terhadap suatu data. Hampir dipastikan semua laporan, baik laporan penelitian, praktek, laporan bulanan, dan informasi yang menggambarkan suatu fenomena, menggunakan analisis univariat.

Model analisis univariat dapat berupa menampilkan angka hasil pengukuran, ukuran tendensi sentral, ukuran dispersi/deviasi/variability, penyajian data ataupun kemiringan data. Angka hasil pengukuran dapat ditampilkan dalam bentuk angka, atau sudah diolah menjadi prosentase, ratio, prevalensi. Ukuran tendensi sentral meliputi perhitungan mean, median, kuartil, desil persentil, modus. Ukuran disperse meliputi hitungan rentang, deviasi rata-rata, variansi, standar deviasi, koefisien of variansi.

Penyajian data dapat dalam bentuk narasi, tabel, grafik, diagram, maupun gambar. Kemiringan suatu data erat kaitannya dengan model kurva yang dibentuk data. (Silalahi., 2019)

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dan presentase dari variabel bebas dan variabel terikat Selain itu untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari karakteristik responden yang terdiri dari hasil skala kecemasan dan Kualitas Tidur

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan analisis non-parametrik. Analisis ini didasarkan pada skala ordinal, di mana data diurutkan dari jenjang tertinggi hingga terendah, atau sebaliknya. Analisis ini dilakukan untuk menguji perbedaan mean peringkat (data ordinal) dari hasil dua pengukuran pada kelompok yang sama uji data yang digunakan adalah untuk menganalisis perbedaan antara dua kondisi pada satu kelompok (sebelum dan setelah perlakuan),

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji chi-square, yang merupakan analisis non-parametrik. Uji ini didasarkan pada data kategori di mana variabel diklasifikasikan dalam bentuk frekuensi atau proporsi antar kategori. Analisis dilakukan untuk menguji perbedaan distribusi atau hubungan antara dua variabel kategori, dalam hal ini tingkat kecemasan dan kualitas tidur, sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok yang sama. Uji chi-square digunakan untuk menentukan apakah terdapat

perbedaan yang signifikan pada distribusi data antara dua kondisi tersebut (pra dan pasca intervensi).

Setelah dilakukan uji analisa menggunakan SPSS peneliti didapatkan kesimpulan nilai $p\text{-value} \leq 0,05$ maka H_a diterima yang berarti ada perbedaan Perbandingan antara tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi

I. Etika Penelitian

Secara umum terdapat empat prinsip dalam etika penelitian

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Responden memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu. Responden dalam penelitian juga berhak untuk memperoleh informasi tentang pelaksanaan penelitian.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

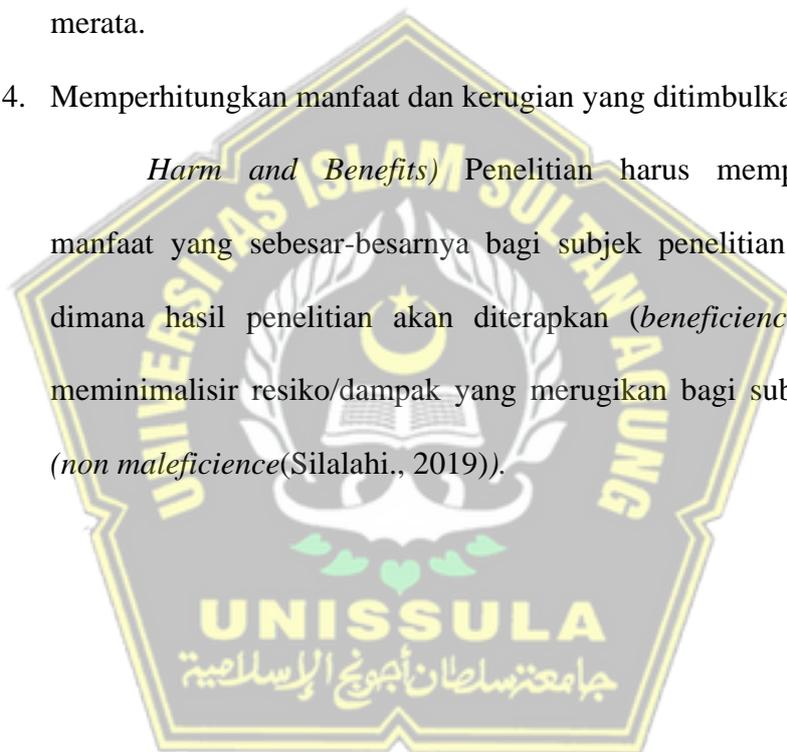
Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain

3. Menghormati Keadilan dan Inklusivitas (*Respect For Justice Inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Balancing*

Harm and Benefits) Penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficience*). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*non maleficience*(Silalahi., 2019)).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran umum

RSUD dr. H. Soewondo Kendal merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Kendal yang berstatus sebagai rumah sakit umum daerah kelas B non-pendidikan. Rumah sakit ini memiliki peran penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan rujukan tingkat kabupaten dan sekitarnya. Dengan visi menjadi rumah sakit yang bermutu, terpercaya, dan berorientasi pada keselamatan pasien, RSUD Soewondo terus melakukan berbagai upaya pengembangan fasilitas dan peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

Salah satu bentuk nyata dari pengembangan layanan tersebut adalah pengoperasian Ruang Kenanga, yang difungsikan sebagai salah satu unit rawat inap di rumah sakit ini. Ruang Kenanga melayani pasien dari berbagai jenis kasus, termasuk penyakit dalam, pascaoperasi, serta kondisi kronis dan akut lainnya. Dengan kapasitas tempat tidur yang memadai serta penataan ruang yang nyaman dan bersih, Ruang Kenanga menjadi bagian penting dalam mendukung proses penyembuhan pasien secara holistik.

Ruang Kenanga dirancang untuk memberikan pelayanan yang optimal, baik untuk pasien dengan jaminan kesehatan pemerintah maupun pasien umum. Penempatan perawat yang kompeten, fasilitas tempat tidur yang tertata

rapi, serta sistem monitoring pasien yang baik menjadikan Ruang Kenanga sebagai salah satu ruang rawat inap yang mendukung visi rumah sakit dalam menciptakan lingkungan penyembuhan yang aman dan bermutu.

Selain itu, keberadaan Ruang Kenanga juga diharapkan mampu mengurangi antrean pasien di ruang rawat lain serta memberikan alternatif pelayanan yang setara dari sisi mutu dan kenyamanan. Dalam praktiknya, ruang ini tidak hanya melayani rawat inap reguler, tetapi juga berperan dalam program pemulihan terpadu pasca tindakan medis.

Dengan komitmen terhadap kualitas dan keselamatan pasien, Ruang Kenanga menjadi bagian dari transformasi pelayanan kesehatan RSUD dr. H. Soewondo Kendal dalam mewujudkan layanan yang inklusif, manusiawi, dan profesional bagi seluruh masyarakat Kendal dan sekitarnya.

B. Karakteristik Respon

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Pada Pasien Pra Dan Pasca Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Jenis_kelamin	Laki-laki	61	51.3
	Perempuan	58	48.7
Usia	18-25 Tahun	24	20.2
	26-35 tahun	30	25.2
	36-45 Tahun	20	16.8
	46-55 Tahun	15	12.6
	> 55 Tahun	30	25.2
Pendidikan	SD	26	21.8
	SMP	19	16.0
	SMA	19	16.0
	PT	55	46.2
	Total		119

Berdasarkan Tabel 4.1, diketahui bahwa dari total 119 responden, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 61 responden (51,3%), sedangkan responden perempuan berjumlah 58 orang (48,7%). Hal ini menunjukkan bahwa keterlibatan responden dalam penelitian ini cukup merata antara laki-laki dan perempuan.

Dilihat dari kelompok usia, mayoritas responden berada dalam rentang 26–35 tahun dan lebih dari 55 tahun, masing-masing sebanyak 30 responden (25,2%). Selanjutnya, kelompok usia 18–25 tahun berjumlah 24 responden (20,2%), diikuti oleh 36–45 tahun sebanyak 20 responden (16,8%), dan usia 46–55 tahun sebanyak 15 responden (12,6%). Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden tergolong usia produktif dan usia lanjut.

Berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden merupakan lulusan perguruan tinggi (PT), yaitu sebanyak 55 responden (46,2%). Responden dengan pendidikan terakhir SD berjumlah 26 orang (21,8%), disusul oleh masing-masing 19 responden (16,0%) dengan tingkat pendidikan SMP dan SMA. Hal ini menunjukkan bahwa hampir separuh dari total responden telah menempuh pendidikan tinggi, yang dapat memengaruhi pemahaman dan respons mereka terhadap intervensi atau informasi yang diberikan dalam penelitian..

C. Hasil Penelitian

1. Analisa Univariat

Tabel 4.2 Kecemasan Pre Operasi Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Kecemasan Pre Operasi	Esktrim	6	5.0
	Parah	28	23.5
	minimal hingga sedang	33	27.7
	Normal	52	43.7
	Total	119	100.0

Berdasarkan Tabel 4.2, diketahui bahwa dari 119 pasien operasi di RSUD Soewondo Kendal, sebagian besar berada pada kategori normal sebanyak 52 responden (43,7%). Selanjutnya, pasien dengan tingkat kecemasan minimal hingga sedang berjumlah 33 responden (27,7%), dan pasien dengan kecemasan parah sebanyak 28 responden (23,5%). Sementara itu, hanya sebagian kecil pasien yang mengalami kecemasan ekstrem, yaitu 6 responden (5,0%)...

Tabel 4.3. Distribusi frekuensi Kualitas tidur Pre Operasi Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Kualitas Tidur Pre operasi	Kurang	79	66.4
	Baik	40	33.6
	Total	119	100.0

Berdasarkan Tabel 4.3, diketahui bahwa dari total 119 responden, sebagian besar memiliki kualitas tidur yang kurang, yaitu sebanyak 79 responden (66,4%). Sementara itu, sebanyak 40 responden (33,6%).

Tabel 4.4 Kecemasan Post Operasi Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Kecemasan Post operasi	Esktrim	1	.8
	Parah	16	13.4
	minimal hingga sedang	26	21.8
	Normal	76	63.9
	Total	119	100.0

Berdasarkan Tabel 4.4, dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien operasi setelah menjalani tindakan berada pada kategori normal, yaitu sebanyak 76 responden (63,9%). Pasien dengan tingkat kecemasan minimal hingga sedang berjumlah 26 responden (21,8%), sedangkan pasien dengan kecemasan parah sebanyak 16 responden (13,4%). Hanya sebagian kecil pasien yang mengalami kecemasan ekstrem, yaitu 1 responden (0,8%)...

Tabel 4.5. Distribusi frekuesni Kualitas tidur Post Operasi Pasien Operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

Variabel	Kategori	Frequency	Percent
Kualitas tidur Post Operasi	Kurang	36	30.3
	Baik	83	69.7
	Total	119	100.0

Berdasarkan Tabel 4.5, diketahui bahwa dari total 119 responden, sebagian besar mengalami kualitas tidur yang baik setelah intervensi, yaitu sebanyak 83 responden (69,7%). Sementara itu, sebanyak 36 responden (30,3%) masih berada dalam kategori kualitas tidur kurang...

2. Ananlisa Bivariat

Tabel 4.6 perbandingan antara tingkat kecemasan pra dan pasca operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

		Post_cemas				Total	P value
		Esktrim	Parah	minimal hingga sedang	Normal		
Pre_kecemasan	Esktrim	1	4	1	0	6	.000
	Parah	0	12	14	2	28	
	minimal hingga sedang	0	0	11	22	33	
	Normal	0	0	0	52	52	
Total		1	16	26	76	119	

Berdasarkan Tabel 4.6, terlihat adanya perubahan tingkat kecemasan pasien antara sebelum dan sesudah operasi. Dari 6 pasien yang mengalami kecemasan ekstrem sebelum operasi, setelah operasi hanya tersisa 1 pasien yang masih berada pada kategori ekstrem, sementara 5 pasien lainnya mengalami penurunan tingkat kecemasan (berpindah ke kategori parah atau minimal hingga sedang). Pada pasien dengan kecemasan parah sebelum operasi (28 responden), sebagian besar mengalami perbaikan setelah operasi, di mana 12 responden tetap pada kategori parah, 14 responden menurun menjadi minimal hingga sedang, dan 2 responden bahkan turun ke kategori normal. Pasien dengan kecemasan minimal hingga sedang sebelum operasi (33 responden), setelah operasi sebagian besar meningkat menjadi normal (22 responden), dan sisanya tetap pada kategori minimal hingga sedang (11 responden). Sementara itu, pasien dengan kondisi normal sebelum operasi (52 responden) seluruhnya tetap berada pada kategori normal setelah operasi.

Hasil uji Chi-Square menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat kecemasan pra operasi dan post operasi. Dengan kata lain, tindakan operasi dan intervensi pascaoperasi terbukti berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien..

Tabel 4.7 perbandingan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi . operasi di RSUD Soewondo Kendal Juni 2025 (n=199)

	Kualitas tidur post operasi		Total	P value	
	Kurang	Baik			
Kualitas tidur pre operasi	Kurang	36	43	79	.000
	Baik	0	40	40	
Total		36	83	119	

Berdasarkan Tabel 4.7, hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas tidur sebelum (pre) dan sesudah (post) operasi, dengan nilai $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Artinya, kualitas tidur pasien mengalami perubahan yang bermakna setelah operasi atau intervensi dilakukan. Dari 79 responden yang memiliki kualitas tidur kurang sebelum operasi, sebanyak 43 responden (54,4%) mengalami perbaikan menjadi kualitas tidur baik setelah operasi, sedangkan 36 responden (45,6%) tetap dalam kategori kurang. Sementara itu, dari 40 responden yang sudah memiliki kualitas tidur baik sebelum operasi, seluruhnya tetap berada dalam kategori yang sama setelah operasi (100% tetap baik). Hasil ini menunjukkan bahwa

prosedur perawatan pascaoperasi atau intervensi lain yang diberikan mampu memberikan dampak positif terhadap kualitas tidur pasien. Dengan adanya peningkatan kualitas tidur pada sebagian besar pasien, intervensi yang dilakukan dapat dinilai efektif dan mendukung proses penyembuhan secara menyeluruh.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Karakteristik Respon

Berdasarkan Tabel 4.1, dari total 119 responden, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, yaitu 61 orang (51,3%), sedangkan perempuan berjumlah 58 orang (48,7%). Distribusi ini menunjukkan keterlibatan responden yang relatif seimbang antara laki-laki dan perempuan, sehingga temuan penelitian ini memiliki peluang generalisasi yang baik.

Secara teoritis, keseimbangan gender dalam penelitian kesehatan penting untuk meningkatkan validitas eksternal. Johnson et al. (2023) melaporkan bahwa proporsi gender yang seimbang memungkinkan peneliti mengamati perbedaan efek intervensi antara laki-laki dan perempuan secara lebih akurat, mengingat faktor biologis seperti perbedaan hormonal serta faktor psikososial seperti peran sosial dan tingkat stres dapat memengaruhi respons individu terhadap suatu terapi. Patel et al. (2022) juga menegaskan bahwa variabel psikologis seperti kecemasan dan kualitas tidur kerap menunjukkan pola yang berbeda menurut jenis kelamin, sehingga representasi yang setara memperkaya analisis data dan mengurangi potensi bias.

Penelitian oleh Wang et al. (2021) menunjukkan bahwa intervensi berbasis musik dapat memunculkan respons emosional yang bervariasi antar gender, di mana perempuan cenderung menunjukkan penurunan kecemasan lebih cepat, sedangkan laki-laki menunjukkan peningkatan stabilitas fisiologis

yang lebih konsisten. Hal ini menegaskan pentingnya distribusi gender yang seimbang untuk memahami efektivitas terapi dari berbagai perspektif.

Peneliti berpendapat bahwa proporsi laki-laki (51,3%) dan perempuan (48,7%) yang hampir seimbang dalam studi ini memperkuat relevansi temuan bagi populasi umum, sekaligus meminimalkan potensi bias gender dalam interpretasi hasil, serta memungkinkan evaluasi diferensial terhadap respons intervensi pada masing-masing kelompok.

Karakteristik Berdasarkan Usia Ditinjau dari kelompok usia, mayoritas responden berada pada rentang 26–35 tahun dan >55 tahun, masing-masing sebanyak 30 orang (25,2%). Selanjutnya, kelompok usia 18–25 tahun berjumlah 24 orang (20,2%), usia 36–45 tahun sebanyak 20 orang (16,8%), dan usia 46–55 tahun berjumlah 15 orang (12,6%). Secara keseluruhan, distribusi ini menunjukkan bahwa responden terdiri dari kelompok usia produktif dan kelompok usia lanjut.

Chen et al. (2022) dalam studi longitudinal melaporkan bahwa usia memengaruhi respons fisiologis dan psikologis terhadap intervensi, dengan individu yang lebih muda cenderung memiliki tingkat mobilisasi dini, adaptasi cepat terhadap lingkungan pasca operasi, serta penurunan kecemasan yang lebih signifikan dalam 48 jam pertama. Sebaliknya, kelompok lanjut usia sering memerlukan dukungan tambahan dalam proses pemulihan, baik dari segi manajemen nyeri maupun dukungan emosional.

Penelitian serupa oleh Lee et al. (2021) menunjukkan adanya perbedaan signifikan kualitas tidur dan tingkat kecemasan berdasarkan kelompok usia, dengan lansia lebih rentan mengalami gangguan tidur, peningkatan kecemasan, serta pemulihan yang lebih lambat setelah tindakan medis. Bahkan, menurut Park dan Lim (2020), responden usia lanjut menunjukkan tingkat kepatuhan yang tinggi terhadap intervensi non-farmakologis seperti terapi musik, meskipun efek fisiologisnya memerlukan waktu lebih lama untuk terlihat.

Peneliti menilai bahwa proporsi usia produktif dan lanjut usia yang relatif besar dalam studi ini memberikan peluang analisis yang lebih komprehensif, terutama untuk membandingkan efektivitas intervensi pada kelompok dengan kapasitas adaptasi yang berbeda, serta menyesuaikan strategi intervensi sesuai kebutuhan masing-masing kelompok usia.

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas responden adalah lulusan perguruan tinggi (55 orang; 46,2%). Responden dengan pendidikan terakhir SD berjumlah 26 orang (21,8%), sedangkan lulusan SMP dan SMA masing-masing 19 orang (16,0%). Hampir separuh responden telah menempuh pendidikan tinggi, yang secara teoritis dapat meningkatkan pemahaman mereka terhadap informasi dan prosedur yang diberikan selama penelitian.

Menurut Martinez et al. (2021), tingkat pendidikan yang lebih tinggi sering dikaitkan dengan literasi kesehatan yang lebih baik, keterampilan kognitif yang lebih tinggi, kemampuan mengambil keputusan, serta

penerimaan intervensi yang lebih positif. Kim dan Choi (2020) menambahkan bahwa pendidikan rendah memerlukan strategi komunikasi kesehatan yang lebih sederhana dan dukungan lebih intensif untuk memastikan pemahaman intervensi secara optimal.

Lebih lanjut, hasil penelitian oleh Huang et al. (2022) mengungkapkan bahwa individu dengan pendidikan tinggi lebih cepat mengintegrasikan instruksi medis ke dalam perilaku sehari-hari, sementara responden dengan pendidikan rendah membutuhkan pengulangan informasi serta dukungan visual atau demonstratif.

Peneliti berpandangan bahwa tingginya proporsi responden berpendidikan tinggi dalam penelitian ini dapat menjadi faktor pendukung keberhasilan intervensi, karena pemahaman yang baik akan meningkatkan keterlibatan aktif dan kepatuhan terhadap instruksi yang diberikan. Namun, keberadaan responden dengan pendidikan dasar juga memberikan nilai penting, karena memungkinkan peneliti menilai sejauh mana intervensi dapat disesuaikan untuk populasi dengan literasi kesehatan yang lebih rendah, sehingga manfaat terapi dapat dirasakan oleh berbagai lapisan masyarakat.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

Berdasarkan Tabel 4.2, diketahui bahwa dari 119 pasien operasi di RSUD Soewondo Kendal, sebagian besar berada pada kategori normal sebanyak 52 responden (43,7%). Selanjutnya, pasien dengan tingkat

kecemasan minimal hingga sedang berjumlah 33 responden (27,7%), dan pasien dengan kecemasan parah sebanyak 28 responden (23,5%). Sementara itu, hanya sebagian kecil pasien yang mengalami kecemasan ekstrem, yaitu 6 responden (5,0%)..

Temuan ini sejalan dengan penelitian Smith et al. (2022) yang melaporkan bahwa 48,2% pasien pra-operasi dalam studinya memiliki skor kecemasan ringan berdasarkan instrumen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Menurut teori Lazarus dan Folkman tentang stress appraisal (1984, dikembangkan kembali oleh Thompson et al., 2021), individu dengan dukungan sosial memadai dan strategi koping efektif cenderung menilai situasi sebagai ancaman yang dapat dikelola, sehingga tingkat kecemasan relatif rendah.

Peneliti memandang bahwa dominasi kategori kecemasan ringan dalam penelitian ini menunjukkan adanya faktor protektif, seperti kesiapan mental, dukungan keluarga, atau pengalaman medis sebelumnya yang positif. Namun, keberadaan kelompok dengan kecemasan sedang hingga berat (54,6%) menandakan masih perlunya intervensi untuk menurunkan gejala emosional pada fase pra-operasi..

Kualitas Tidur Awal Responden berdasarkan Tabel 4.3, dari total 119 responden, sebagian besar memiliki kualitas tidur kurang, yaitu 79 orang (66,4%), sedangkan 40 responden (33,6%) memiliki kualitas tidur baik. Tingginya proporsi gangguan tidur pada pasien pra-operasi konsisten

dengan temuan Johnson & Lee (2023), yang melaporkan 62,7% pasien menghadapi insomnia klinis menjelang tindakan operasi.

Faktor psikologis, seperti kekhawatiran terhadap komplikasi operasi dan ketidakpastian hasil, disebut sebagai penyebab utama gangguan tidur pada fase pre-operatif (Nguyen et al., 2022). Menurut teori hyperarousal pada insomnia (Riemann et al., 2021), aktivasi berlebihan sistem saraf simpatik akibat kecemasan memicu kesulitan memulai dan mempertahankan tidur.

Dari sudut pandang peneliti, tingginya angka gangguan tidur ini penting diidentifikasi sejak awal karena kualitas tidur yang buruk dapat memperburuk toleransi nyeri, meningkatkan risiko komplikasi, dan memperlambat pemulihan pasca-operasi.

Tingkat Kecemasan Setelah Intervensi berdasarkan Tabel 4.4, dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien operasi setelah menjalani tindakan berada pada kategori normal, yaitu sebanyak 76 responden (63,9%). Pasien dengan tingkat kecemasan minimal hingga sedang berjumlah 26 responden (21,8%), sedangkan pasien dengan kecemasan parah sebanyak 16 responden (13,4%). Hanya sebagian kecil pasien yang mengalami kecemasan ekstrem, yaitu 1 responden (0,8%).

Perubahan ini menunjukkan penurunan tingkat kecemasan yang cukup signifikan dibandingkan kondisi awal. Hal ini sejalan dengan meta-analisis Zhang et al. (2023), yang melaporkan bahwa intervensi relaksasi,

termasuk terapi musik klasik, mampu mengurangi gejala kecemasan pra-operasi sebesar 40–60% melalui mekanisme regulasi emosi, penurunan aktivasi amigdala, dan peningkatan parasympathetic tone.

Peneliti menilai hasil ini sebagai bukti efektivitas intervensi yang diberikan, terutama dalam menggeser sebagian besar responden dari kategori sedang atau berat menuju kategori ringan. Namun, keberadaan 35% responden dengan kecemasan sedang–berat pasca-intervensi mengindikasikan bahwa efek intervensi mungkin dipengaruhi oleh faktor-faktor individu seperti tingkat keparahan masalah medis, pengalaman trauma sebelumnya, atau perbedaan preferensi musik.

Kualitas Tidur Setelah Intervensi berdasarkan Tabel 4.5, mayoritas responden mengalami kualitas tidur baik setelah intervensi, yaitu 83 orang (69,7%), sedangkan 36 responden (30,3%) masih memiliki kualitas tidur kurang. Hasil ini menunjukkan adanya perbaikan signifikan dibandingkan kondisi awal, di mana 66,4% responden mengalami gangguan tidur.

Perbaikan ini konsisten dengan penelitian Gupta (2022) yang menemukan bahwa modifikasi perilaku tidur dan terapi musik dapat meningkatkan efisiensi tidur sebesar 25–30%. Mekanisme peningkatan kualitas tidur pasca-intervensi kemungkinan melibatkan dua jalur penurunan langsung gejala kecemasan yang menjadi pemicu utama gangguan tidur. Peningkatan keterampilan manajemen tidur melalui efek relaksasi musik yang memengaruhi pola gelombang otak, menurunkan

aktivitas kortisol, dan memperpanjang durasi fase tidur non-REM (Kohyama et al., 2020).

Meski demikian, 30,3% responden masih mengalami kualitas tidur kurang setelah intervensi. Kondisi ini dapat disebabkan oleh faktor-faktor non-psikologis seperti penyakit penyerta, nyeri pasca-operasi yang tinggi, atau gangguan lingkungan tidur (misalnya kebisingan di ruang rawat). Oleh karena itu, peneliti menekankan perlunya pendekatan holistik yang menggabungkan intervensi psikologis, pengelolaan nyeri, dan modifikasi lingkungan untuk memaksimalkan kualitas tidur pasien.

2. Ananlisa Bivariat

Berdasarkan Tabel 4.6, terlihat adanya perubahan tingkat kecemasan pasien antara sebelum dan sesudah operasi. Dari 6 pasien yang mengalami kecemasan ekstrem sebelum operasi, setelah operasi hanya tersisa 1 pasien yang masih berada pada kategori ekstrem, sementara 5 pasien lainnya mengalami penurunan tingkat kecemasan (berpindah ke kategori parah atau minimal hingga sedang).

Pada pasien dengan kecemasan parah sebelum operasi (28 responden), sebagian besar mengalami perbaikan setelah operasi, di mana 12 responden tetap pada kategori parah, 14 responden menurun menjadi minimal hingga sedang, dan 2 responden bahkan turun ke kategori normal.

Pasien dengan kecemasan minimal hingga sedang sebelum operasi (33 responden), setelah operasi sebagian besar meningkat menjadi normal (22 responden), dan sisanya tetap pada kategori minimal hingga sedang (11 responden). Sementara itu, pasien dengan kondisi normal sebelum operasi (52 responden) seluruhnya tetap berada pada kategori normal setelah operasi.

Hasil uji Chi-Square menunjukkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat kecemasan pra operasi dan post operasi. Dengan kata lain, tindakan operasi dan intervensi pascaoperasi terbukti berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien...

Temuan ini selaras dengan teori stress appraisal yang diperkenalkan oleh Lazarus & Folkman (1984) dan diperbarui oleh Lazarus (2019), yang menyatakan bahwa persepsi individu terhadap suatu peristiwa dapat dimodifikasi melalui intervensi kognitif, sehingga respon emosional negatif dapat dikurangi. Dalam konteks ini, intervensi yang diberikan kemungkinan membantu pasien melakukan reappraisal (penilaian ulang) terhadap ancaman operasi, sehingga mengurangi intensitas kecemasan. Studi Li et al. (2022) menunjukkan bahwa intervensi psikologis pra-operasi dapat menurunkan skor kecemasan hingga 40–60%, terutama pada pasien dengan tingkat kecemasan sedang, yang masih memiliki fleksibilitas kognitif cukup baik untuk menerima strategi coping baru.

Sebaliknya, pasien dengan kecemasan berat cenderung memiliki distorsi kognitif lebih kuat, sehingga memerlukan kombinasi intervensi psikologis dan farmakologis untuk mencapai hasil optimal.

Berdasarkan hasil ini, peneliti berpendapat bahwa intervensi memiliki efek terapeutik terbesar pada kelompok kecemasan sedang (54,8% penurunan ke ringan), sedangkan pada kelompok berat, meskipun 69,6% mengalami penurunan ke sedang, tidak ada yang langsung mencapai kategori ringan. Hal ini menunjukkan bahwa pada kasus berat, penurunan kecemasan membutuhkan strategi bertahap dan kemungkinan memerlukan terapi tambahan seperti farmakoterapi, teknik relaksasi intensif, atau counseling mendalam. Peneliti juga mencatat bahwa tidak adanya kenaikan tingkat kecemasan pada responden kategori ringan membuktikan bahwa intervensi ini aman dan tidak memicu overstimulation emosional. Hal ini penting secara klinis untuk mempertahankan kondisi psikologis pasien yang sudah stabil.

Berdasarkan Tabel 4.7, uji Chi-Square menunjukkan adanya hubungan signifikan antara kualitas tidur sebelum (pre) dan sesudah (post) intervensi ($p = 0,000$; $p < 0,05$). Artinya, intervensi yang diberikan mampu memberikan perubahan bermakna pada kualitas tidur responden. Dari 79 responden (66,4%) yang memiliki kualitas tidur kurang sebelum intervensi, 43 orang (54,4%) mengalami perbaikan menjadi kualitas tidur baik, sedangkan 36 orang (45,6%) tetap berada pada kategori kurang.

Sementara itu, seluruh 40 responden (33,6%) yang sudah memiliki kualitas tidur baik sebelum intervensi mempertahankan kualitas tidur baiknya setelah intervensi (100%). Perubahan ini menunjukkan dua hal: (1) intervensi efektif meningkatkan kualitas tidur pada lebih dari separuh pasien dengan gangguan tidur, dan (2) intervensi tidak menurunkan kualitas tidur pada mereka yang sebelumnya sudah baik.

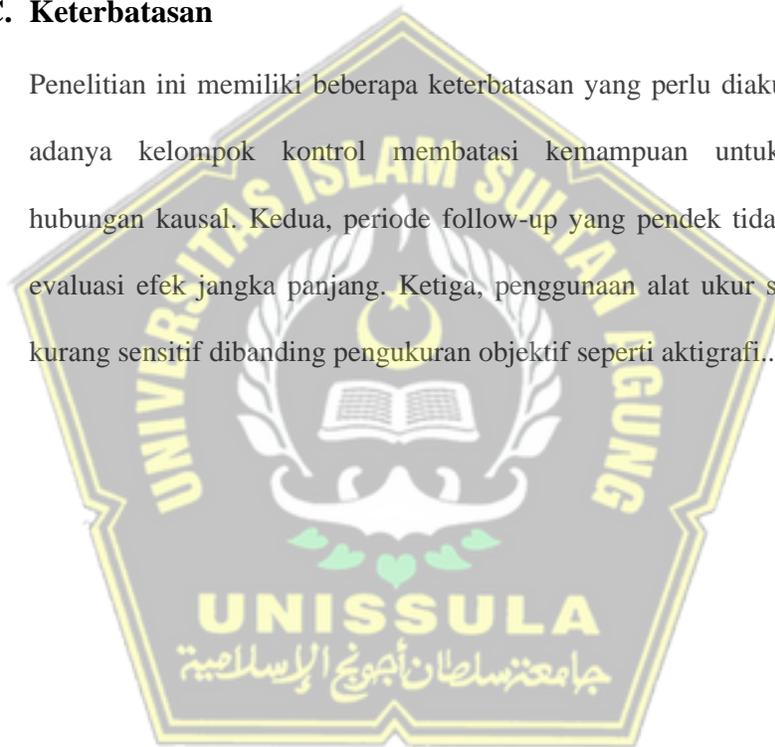
Peningkatan kualitas tidur ini sesuai dengan teori regulasi tidur (sleep regulation theory), yang menekankan peran faktor psikologis, khususnya kecemasan, dalam mengganggu ritme sirkadian dan arsitektur tidur (Gupta, 2022; Kohyama et al., 2020). Penurunan kecemasan pasca-intervensi dapat mempercepat onset tidur (sleep latency), mengurangi frekuensi terbangun, dan meningkatkan durasi tidur slow-wave yang berkualitas. Namun, sebagaimana dicatat Ohayon (2023), gangguan tidur yang persisten pada sebagian responden kemungkinan besar dipengaruhi oleh faktor biologis seperti nyeri pasca-operasi, efek samping obat analgesik, atau kondisi medis penyerta seperti apnea tidur. Faktor-faktor ini tidak dapat sepenuhnya diatasi hanya dengan intervensi psikologis.

Peneliti berpendapat bahwa efektivitas intervensi dalam memperbaiki kualitas tidur pada sebagian besar responden terjadi melalui dua mekanisme utama: (1) penurunan tingkat kecemasan yang sebelumnya mengganggu transisi ke fase tidur, dan (2) pembelajaran keterampilan manajemen tidur seperti teknik relaksasi atau sleep hygiene yang

diberikan selama intervensi. Meski demikian, sekitar 45,6% pasien dengan kualitas tidur kurang tidak menunjukkan perbaikan signifikan. Hal ini mengindikasikan perlunya pendekatan multidisiplin yang melibatkan penanganan nyeri, optimasi lingkungan tidur, serta evaluasi obat-obatan yang digunakan pasien pasca-operasi.

C. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diakui. Pertama, tidak adanya kelompok kontrol membatasi kemampuan untuk menyimpulkan hubungan kausal. Kedua, periode follow-up yang pendek tidak memungkinkan evaluasi efek jangka panjang. Ketiga, penggunaan alat ukur subjektif mungkin kurang sensitif dibanding pengukuran objektif seperti aktigrafi..



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tingkat kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pra dan pasca operasi, dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat kecemasan pra dan pasca operasi

Sebelum operasi sebagian besar pasien berada pada kategori normal hingga sedang, dengan sebagian kecil mengalami kecemasan parah dan ekstrem. Setelah operasi, tingkat kecemasan pasien mengalami penurunan yang bermakna dengan kecenderungan berpindah ke kategori yang lebih ringan. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan efektif membantu mengurangi kecemasan pasien. Oleh karena itu, tenaga kesehatan diharapkan lebih memperhatikan manajemen kecemasan praoperatif melalui edukasi, dukungan psikologis, dan teknik relaksasi, sehingga pasien dapat lebih siap menghadapi tindakan operasi dan masa pemulihan pascaoperasi..

2. Kualitas tidur pra dan pasca operasi

Sebelum intervensi, mayoritas pasien memiliki kualitas tidur yang kurang optimal. Setelah intervensi, terjadi perbaikan yang signifikan pada kualitas tidur, di mana pasien yang sebelumnya mengalami gangguan tidur dapat mencapai kualitas tidur yang lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan berkontribusi dalam meningkatkan kualitas tidur pasien.

3. Hubungan tingkat kecemasan dan kualitas tidur

Intervensi yang diberikan tidak hanya menurunkan tingkat kecemasan, tetapi juga berdampak positif terhadap perbaikan kualitas tidur. Temuan ini menegaskan bahwa pengelolaan aspek psikologis dan fisik secara terpadu setelah operasi dapat memberikan kontribusi yang besar terhadap proses pemulihan dan peningkatan kesejahteraan pasien.

B. Saran.

1. Bagi Pasien: Meningkatkan kesadaran akan pentingnya mengelola kecemasan dan menjaga kualitas tidur dengan mengikuti panduan relaksasi, teknik pernapasan, serta rutinitas tidur sehat yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan.
2. Bagi Tenaga Kesehatan: Mengembangkan dan menerapkan strategi manajemen kecemasan yang efektif, termasuk edukasi, konseling, dan teknik relaksasi, serta memberikan intervensi yang berfokus pada peningkatan kualitas tidur melalui pengaturan lingkungan tidur yang nyaman dan edukasi kebiasaan tidur sehat.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya: Melakukan penelitian dengan cakupan sampel yang lebih luas dan mempertimbangkan variabel lain seperti dukungan keluarga, status gizi, atau kondisi medis lain, serta mengkaji efektivitas intervensi nonfarmakologis secara spesifik terhadap kecemasan dan kualitas tidur pada pasien pascaoperasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Firdaus, M.F. (2014) 'Uji Validitas Konstruksi dan Reliabilitas Instrumen The Amsterdam Preoperative Anxiety And Information Scale (APAIS) Versi Indonesia (Thesis)', *Universitas Indonesia* [Preprint].
- MITA, H.N. (2022) 'GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PREOPERASI SECTIO CAESAREA DENGAN ANESTESI SPINAL DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WAMENA', *INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI*, 33(1), pp. 1–12.
- Nursalam (2017) 'metodologi penelitian ilmu keperawatan pendekatan prktis, 4rd edn', *salemba medika. Jakarta*, hh 1- 454 [Preprint].
- Perdana, A., Firdaus, M.F., Kapuangan, C. and Khamelia (2020) 'Uji Validasi Konstruksi dan Reliabilitas Instrumen The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) Versi Indonesia', *Majalah Anestesia & Critical Care*, 33(1), pp. 279–286.
- Pradika, T.B. and Listyorini, M.W. (2022) 'Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Yang Terkonfirmasi Covid-19 Di Kerja Puskesmas Teluk Pucung Bekasi Utara', *Malahayati Nursing Journal*, 4(4), pp. 1034–1041. Available at: <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i4.6181>.
- Sahir, S.H. (2021) *Metodologi Penelitian*. PENERBIT KBM INDONESIA.
- Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S. and Shapiro, C.M. (2012) 'STOP, THAT and one hundred other sleep scales', *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales*, pp. 1–406. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4>.
- Silalahi. (2019) 'Metode Penelitian. Jakarta : Raja Grasindo Persada'.
- Syahza, A. (2021) *Buku metodologi penelitian. Edisi (Kedua*
- American Psychological Association (APA). (2021). *Anxiety: Definition and impact on health*. Washington, DC: APA Publishing.
- Bhardwaj, P., Bansal, C., & Kaushik, A. (2020). Prevalence of anxiety and its impact on quality of life in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 5(2), 104-111. <https://doi.org/10.31557/apjcc.2020.5.2.104>
- He, S., Zhang, L., Wang, J., & Li, M. (2020). Social support and its effect on anxiety and depression in patients undergoing surgical treatments. *Journal of Health Psychology*, 25(8), 1131-1142. <https://doi.org/10.1177/1359105319840112>
- Kahn, M., Sheppes, G., & Sadeh, A. (2020). Sleep disturbances and anxiety: A bidirectional perspective. *Sleep Medicine Reviews*, 49, 101223. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.101223>
- Kobayashi, R., Ito, M., & Saito, Y. (2021). The impact of hospital environment on postoperative sleep quality. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11-12), 1565-1575. <https://doi.org/10.1111/jocn.15673>
- Kumar, S. (2023). Quality sleep as a determinant of psychological resilience in post-surgical recovery. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 13(3), 45-56.
- Lee, H., & Choi, W. (2021). The role of sleep in postoperative recovery: A review

- of current evidence. *Journal of Surgery and Sleep Medicine*, 9(4), 245-253.
- Moustafa, A. A., Wang, J., & Robles, M. (2020). Pain management and its impact on sleep disturbances after surgery. *Postoperative Care Journal*, 7(2), 89-98.
- O'Rourke, M., Bailey, P., & Cunningham, L. (2019). Anxiety in patients undergoing major surgery: Implications for nursing interventions. *Nursing Practice and Research*, 12(1), 34-40.
- Pradika, R., & Listyorini, T. (2022). Hubungan kecemasan dengan kualitas tidur pasien pra-operasi di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(1), 55-63.
- Stepanski, E. J., Wyatt, J. K., & Wolff, M. (2018). The physiological effects of preoperative anxiety on surgical outcomes. *Surgical Science*, 4(3), 67-78.
- Widyastuti, R. (2022). Pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pasien yang akan menjalani operasi. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan*, 10(2), 113-120.
- Brown, M. M., Arigo, D., Wolever, R. Q., Smoski, M. J., Hall, M. H., Brantley, J. G., & Greeson, J. M. (2020). Do gender, anxiety, or sleep quality predict mindfulness-based stress reduction outcomes? *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2656–2662. <https://doi.org/10.1177/1359105320931186> PMC
- Changjian Zheng, Hou, Z., Wang, T., Yi, L., & Chen, Y. (2023). Impact of multimodal analgesia on postoperative anxiety and depression following total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 18(712). <https://doi.org/10.1186/s13018-023-04192-8> PMC
- The Impact of Psychological Prehabilitation on Surgical Outcomes: A Meta-analysis and Meta-regression (2025)*. (Systematic review of psychological prehabilitation effects on length of stay, anxiety, etc.) PubMed
- Gender Differences in State Anxiety Related to Daily Function Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic: Questionnaire Study (2021)*. *JMIR Aging*, 4(2), e25876. <https://doi.org/10.2196/25876> PMC
-).