

SKRIPSI PENELITIAN

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI KAMAR OPERASI RSUP. Dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**



Oleh:

HARIANTO BURHANUDDIN
NIM: A1C324051

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MEGAREZKY
MAKASSAR
T.A 2023/2024**

SKRIPSI PENELITIAN

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI KAMAR OPERASI RSUP. Dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**



**Disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana di Program Studi Sarjana Keperawatan Dan Pendidikan
Profesi Ners Universitas Megarezky**

Oleh:

HARIANTO BURHANUDDIN
NIM: A1C324051

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN
PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MEGAREZKY
MAKASSAR
T.A 2023/2024**

HALAMAN PERSETUJUAN

Penelitian Penelitian dengan judul:

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PREOPERASI
KATARAK DI KAMAR OPERASI RSUP. Dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh :

HARIANTO BURHANUDDIN
NIM: A1C324051

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky
Pada hari Sabtu tanggal 9 Agustus 2025

Menyetujui,

Pembimbing I


Ns. Syamsuriana Sabar, S.Kep., M.Kep.
NIDN. 0913118602

Pembimbing II


Irwan, SH., MH
NIDN. 0902039003

Mengetahui,

Ketua Program Studi,




Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0920089106

HALAMAN PENGESAHAN

Pada hari ini Sabtu, 9 Agustus 2025, bertempat di Ruang Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky, telah dilaksanakan Ujian Skripsi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Sarjana Keperawatan terhadap mahasiswa atas nama:

Nama : Harianto Burhanuddin
NIM : A1C324051
Program Studi : Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners
Jenjang : Strata 1
Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Yang telah diuji oleh Tim Penguji Skripsi, sebagai berikut:

Tim Penguji

1. Dr. Wilma, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

2. Ns. Syamsuriana Sabar, S.Kep., M.Kep.

3. Irwan, SH., MH

Tanda Tangan


(..........)

(..........)

(..........)

Mengetahui,

Dekan,


Dr. Wilma, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0920018501

Ketua Program Studi,



Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIDN. 0920089106

SURAT PENYATAAN BEBAS PLAGIARIME

Saya yang bertanda tangan dibawah menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi dengan judul “Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar” saya susun tanpa tindakan plagiat yaitu pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Jika dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi saya adalah hasil jiplakan, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Megarezky kepada saya.

Makassar, Februari 2025

Harianto Burhanuddin

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan Judul: “Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar”, yang merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky.

Skripsi ini merupakan upaya dan kerja keras dari penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa didalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan.

Dalam penyusunan Skripsi ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemauan serta kerjasama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini. Oleh karena itu, perkenallah penulis dengan segala hormat dan kerendahan hati mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya Terkhusus penulis ucapkan kepada Ayahanda Burhanuddin, SPd. , Ibunda Hamrial, SP. dan istriku tercinta Andi Eka Wahyu Asmar serta seluruh keluarga besar penulis atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini. kepada Ns. Syamsuriana Sabar, S.Kep., M.Kep. selaku Pembimbing I dan Irwan, SH., MH. Selaku Pembimbing II dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada penulis, serta Dr. Wilma, S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan skripsi ini.

Tak lupa pula penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. H. Alimuddin, SH., MH., MKn. selaku Pembina YPI Mega Rezky Makassar.
2. Hj. Suryani, SH., MH. selaku Ketua YPI Mega Rezky Makassar.
3. Prof. Dr. H. Anwar Ramli, S.E.,M.Si selaku Rektor Universitas Megarezky.
4. Dr. Wilma, S. Kep.,Ns., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan.
5. Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Universitas Megarezky yang telah memberikan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
7. Prof.dr.Mansyur Arif, Ph.D,Sp.PK(K),M.Kes Direktur RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang telah memberikan izin untuk mengikuti pendidikan lanjut dan melakukan penelitian.
8. Bapak/Ibu yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi responden penelitian ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Angkatan yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan dukungan, dorongan moril dan berbagai bantuan selama perkuliahan sampai menyelesaikan pendidikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis siap menerima kritik dan saran dari pihak manapun yang konstruktif dan sifatnya membangun untuk kesempurnaan penulisan yang akan datang.

Makassar, Februari 2025

Penulis,

ABSTRAK

Katarak merupakan salah satu penyebab utama kebutaan di dunia, termasuk Indonesia, yang pengobatannya paling efektif melalui tindakan operasi. Namun, pasien preoperasi katarak sering mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, yang dapat memengaruhi kesiapan dan keberhasilan prosedur bedah. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tingkat kecemasan pada pasien preoperasi katarak di kamar operasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Metode yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan sampel sebanyak 80 pasien yang dipilih menggunakan rumus Slovin dari populasi 520 pasien operasi katarak pada tahun 2024. Data kecemasan dikumpulkan melalui kuesioner terstandarisasi dan dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien berada pada kelompok dewasa tua (40–59 tahun), berjenis kelamin perempuan, dan memiliki riwayat operasi katarak sebelumnya. Tingkat kecemasan terbanyak adalah kategori ringan (41,3%), diikuti kecemasan sedang (33,8%), kecemasan berat dan tanpa kecemasan masing-masing 12,5%. Temuan ini mengindikasikan kebutuhan intervensi keperawatan yang komprehensif, termasuk edukasi praoperatif dan pendekatan psikososial, guna mengurangi kecemasan pasien sebelum operasi. Kesimpulannya, tingkat kecemasan pada pasien preoperasi katarak masih cukup tinggi dan memerlukan perhatian khusus dalam praktik keperawatan praoperasi agar kesiapan pasien terhadap tindakan bedah dapat optimal.

Kata kunci: katarak, kecemasan preoperasi, pasien katarak, keperawatan praoperasi, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

ABSTRACT

HARIANTO BURHANUDDIN (A1C324051). *Overview of Anxiety Levels in Preoperative Cataract Patients in the Operating Room of Dr. Tadjuddin Chalid General Hospital, Makassar. Supervised by Syamsuriana Sabar and Irwan. xv 90 pages + 12 tables + 2 figures + 8 appendices.*

Problem Statement: *What is the overview of anxiety levels in preoperative cataract patients in the operating room of Dr. Tadjuddin Chalid General Hospital, Makassar?*

Research Objective: *To determine the overview of anxiety levels in preoperative cataract patients in the operating room of Dr. Tadjuddin Chalid General Hospital, Makassar.*

Research Method: *Quantitative research with a descriptive research design was used. The sampling technique used the Slovin formula, resulting in 80 respondents. The instrument used was the Zung Self-Rating Anxiety Scale (Z.SA.S) questionnaire. Data analysis was conducted using univariate descriptive analysis followed by a crosstab test.*

Research results *showed that the majority of patients were in the older adult age group (40-59 years), female, and had a history of previous cataract surgery. The highest level of anxiety was mild (41.3%), followed by moderate anxiety (33.8%), and severe anxiety and no anxiety, each at 12.5%. These findings indicate the need for comprehensive nursing interventions, including preoperative education and a psychosocial approach, to reduce patient anxiety before surgery.*

Conclusion: *Preoperative anxiety levels in cataract patients remain quite high and require special attention in preoperative nursing practice to ensure optimal patient readiness for surgery.*

Keywords: *cataract, preoperative anxiety, cataract patients, preoperative nursing, Dr. Tadjuddin Chalid General Hospital, Makassar*

References: *1995-2024*



DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	2
HALAMAN PENGESAHAN.....	3
SURAT PENYATAAN BEBAS PLAGIARIME	4
KATA PENGANTAR.....	5
DAFTAR ISI	7
DAFTAR TABEL.....	9
DAFTAR GAMBAR.....	10
DAFTAR LAMPIRAN.....	11
BAB 1 PENDAHULUAN	12
A. LATAR BELAKANG	12
B. RUMUSAN MASALAH.....	18
C. TUJUAN PENELITIAN.....	18
1. Tujuan Umum	18
2. Tujuan Khusus.....	18
D. MANFAAT PENELITIAN	18
E. KEASLIAN PENELITIAN	19
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	21
A. Tinjauan Teori	21
1. Konsep Katarak.....	21
2. Konsep Kecemasan	47
B. Kerangka Teori.....	60
C. Kerangka Konsep.....	61
D. Variabel Penelitian	61
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	62
A. Desain Penelitian.....	62
B. Populasi dan Sampel Penelitian	62
1. Populasi.....	62
2. Sampel.....	62

3. Kriteria Sampel	64
C. Defenisi Operasional.....	65
D. Tempat dan Waktu Penelitian.....	65
E. Alat Pengumpul Data	65
F. Prosedur Pengumpulan Data	66
1. Prosedur Administrasi	66
2. Prosedur Pengumpulan Data	67
G. Rencana Analisa Data	67
H. Etika Penelitian	68
BAB IV	68
HASIL DAN PEMBAHASAN	70
A. Lokasi Penelitian	70
B. Hasil Penelitian	71
C. Pembahasan	78
D. Keterbatasan Penelitian	86
BAB V.....	89
PENUTUP.....	89
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA	91

Lampiran - lampiran

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....	20
Tabel 2.1 Kelebihan dan Kekurangan EKIK.....	43
Tabel 2.2 Kelebihan dan Kekurangan EKEK.....	44
Tabel 2.3 Kelebihan dan Kekurangan SICS.....	45
Tabel 2.4 Kelebihan dan Kekurangan Fakoemulsifikasi.....	46
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	65
Tabel 4. 1 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Berdasarkan Usia	68
Tabel 4. 2 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	69
Tabel 4. 3 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Berdasarkan Riwayat Operasi.....	70
Tabel 4. 4 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Berdasarkan Pendidikan.....	71
Tabel 4. 5 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	73
Tabel 4. 6 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Preoperasi Katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.....	75

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian.....	60
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian	61

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Karakteristik Responden
- Lampiran 4 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 5 Master Tabel Kuesioner Hasil Penelitian
- Lampiran 6 Surat pengantar penelitian dari Fakultas Keperawatan dan
Kebidanan ke instansi tempat penelitian
- Lampiran 7 Surat izin penelitian dari instansi tempat penelitian atau yang
berwenang
- Lampiran 8 Surat keterangan selesai melaksanakan penelitian dari instansi
tempat penelitian atau yang berwenang

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Mata merupakan salah satu organ penting bagi manusia untuk menjalankan kehidupan sehari-hari. Masalah Kesehatan mata dapat memengaruhi kualitas kehidupan manusia dalam menjalankan kegiatan sehari-hari. Salah satu masalah global yang muncul terkait kesehatan mata manusia adalah katarak, yang dapat menyebabkan kebutaan dan hilangnya fungsi mata jika tidak segera ditangani. Menurut data World Health Organization (WHO), katarak merupakan penyebab utama kebutaan di seluruh dunia, terhitung sekitar 48% kasus di Indonesia (Firdaus, dkk. 2022).

P2PTM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2019, katarak merupakan suatu proses degeneratif berupa kekeruhan pada lensa mata sehingga menyebabkan penurunan penglihatan bahkan kebutaan. Kekeruhan ini disebabkan oleh reaksi biokimia yang menyebabkan protein lensa menggumpal. Menurut KMN Eye Care 2014, Lensa mata normal dapat meneruskan cahaya dari kornea ke retina sehingga dapat melihat objek dengan jelas. Komponen terbesar pada lensa mata adalah air dan protein, yang terkadang dapat mengeras sehingga menghalangi masuknya cahaya. Hal ini dapat mengakibatkan penglihatan kabur, kehilangan penglihatan, atau penglihatan ganda (Arfiyan, dkk. 2024).

Katarak adalah kekeruhan atau pengaburan pada lensa mata yang biasanya jernih pada kapsul (selaput transparan di sekelilingnya) yang menghambat perjalanan cahaya melalui lensa ke retina mata (Janice et al., 2022). Bagian depan mata yang merupakan lensa jernih terbuat dari protein khusus, Katarak terbentuk ketika protein ini rusak dan menciptakan bercak keruh pada lensa. Seiring waktu, bercak-bercak tersebut dapat membesar dan menyebabkan penglihatan menjadi buram (LeMone et al., 2017). Dari uraian diatas dapat disimpulkan katarak adalah kekeruhan pada lensa mata atau selaput transparan di sekitarnya yang menghalangi jalannya cahaya menuju retina mata (Susilawati dkk.,2024).

World Health Organization (WHO, 2020) hasil survey diperkirakan bahwa setidaknya 2,2 miliar orang memiliki gangguan penglihatan atau kebutaan. Kasus kebutaan di dunia sebanyak 48 % disebabkan karena katarak. Katarak pada lansia menempati urutan kedua jumlah terbanyak yaitu 94 juta orang setelah jumlah penderita gangguan penglihatan jarak sedang yaitu 1 miliar. Berikut beberapa kasus katarak pada lansia menurut dari *Nasional Eye Institute* yang terjadi di berbagai Negara di dunia di Amerika Serikat sekitar 24,4 juta kasus katarak terjadi pada lansia, di Inggris sekitar 2,5 juta kasus katarak terjadi pada lansia, kemudian di India berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan India setiap tahunnya 15 juta lansia mengalami katarak (*Nasional Eye Institute*, 2022).

Hasil survey *Rapid Assesment of Avodable Blindness* (RAAB)

oleh perhimpunan Dokter Spesialis Mata Indonesia (Perdami) Balitbangkes di 15 provinsi yaitu di Sumatera Barat, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, DKI Jakarta, Jawa barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, Kalimantan Selatan, Bali, NTT, NTB, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua dengan sasaran populasi 50 tahun diketahui angka kebutaan di Indonesia mencapai 3%. Dari angka tersebut katarak merupakan penyebab tertinggi sekitar 81% . Di Indonesia terdapat 8 juta orang mengalami gangguan penglihatan sedang dan berat. Dari kasus kebutaan itu paling banyak disebabkan oleh katarak sebanyak 81,2%. Diperkirakan ada sekitar 1,3 juta penduduk Indonesia yang buta karena katarak (Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan data dari Kamar Operasi Mata RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdapat Prevalensi pasien yang operasi katarak pada tahun 2024 berjumlah 520.

Katarak atau kekeruhan lensa mata merupakan salah satu penyebab kebutaan terbanyak di Indonesia maupun dunia. Perkiraan insiden katarak adalah 0,1% per tahun atau setiap tahun di antara 1.000 orang terdapat seorang pendertia baru katarak. Penduduk Indonesia juga memiliki kecenderungan menderita katarak 15 tahun lebih cepat dibandingkan penduduk subtropis sekitar 16-22% penderita katarak yang dioperasi di bawah 55 tahun (Detty.dkk., 2021).

Katarak menjadi salah satu penyebab terbanyak kebutaan di Indonesia. Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dr. Achmad Yurianto menyebut katarak merupakan penyebab tertinggi kebutaan

sekitar 81%. Menurut perwakilan Perdami, Aldiana Halim di Indonesia terdapat 8 juta orang mengalami gangguan penglihatan, 1,6 juta menderita kebutaan, 6,4 juta menderita gangguan penglihatan sedang dan berat. Dari kasus kebutaan itu memang terbanyak disebabkan oleh katarak sebanyak 81,2 persen. Diperkirakan ada sekitar 1,3 juta penduduk Indonesia yang buta karena katarak (Kementerian Kesehatan RI., 2020).

Tingginya prevalensi kebutaan akibat katarak disebabkan oleh pertumbuhan populasi, meningkatnya harapan hidup, paparan sinar ultraviolet yang tinggi, distribusi layanan dan tenaga kesehatan mata yang tidak merata, kendala finansial, kurangnya kesadaran tentang katarak, dan ketakutan terhadap operasi. Ada berbagai cara untuk mengobati katarak. Salah satunya adalah dengan menjalani operasi atau pembedahan (Warouw *et al.*, 2018)..

Operasi merupakan prosedur invasif yang melibatkan pembukaan atau pemaparan bagian tubuh yang dirawat dengan sayatan, diikuti dengan perbaikan dan penutupan. Keberhasilan operasi dalam memulihkan penglihatan yang bermanfaat pada pasien katarak dapat mencapai 95%. Persiapan pra operasi meliputi persiapan mental, fisik, dan ruang pra operasi. Namun, prosedur operasi sering kali menimbulkan kecemasan pada pasien sebelum operasi, Kecemasan merupakan masalah yang terkadang muncul sebelum operasi pada penderita katarak. Pada beberapa kasus, hal ini dapat menyebabkan

operasi menjadi tertunda (Warouw *et al.*, 2018). Ketakutan atau kecemasan mengaktifkan sistem saraf simpatik, yang meningkatkan denyut jantung serta tekanan darah karena tekanan intra-okular yang meningkat, mekanisme ini dapat membuat prosedur pembedahan lebih sulit (Guerrier *et al.*, 2021).

World Health Organization (WHO), menyatakan bahwa jumlah kasus operasi secara keseluruhan mengalami peningkatan setiap tahun di seluruh dunia lebih dari 4 juta pasien menjalani operasi dan diperkirakan bahwa 50% sampai 75% mengalami kecemasan selama periode pra operasi. Dalam pengertian yang sama, kecemasan dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat, mengingat hal itu mempengaruhi 15% dari angka kesakitan global (Garzón, 2019). Di Indonesia prevalensi kecemasan diperkirakan 9%-12% populasi umum, sedangkan angka populasi pasien pre operasi yang mengalami kecemasan sebesar 80%, dimana dari keseluruhan populasi yang mengalami kecemasan 65% mengalami kecemasan berat, 35% mengalami kecemasan sedang (Rihiantoro *et al.*, 2019). Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, menunjukkan presentase gangguan emosional termasuk kecemasan sebesar 9,8% pada populasi orang dewasa. Jumlah populasi orang dewasa di Indonesia kurang lebih 185 juta, sehingga dapat dikatakan bahwa saat ini terdapat 18 juta orang dewasa mengalami gangguan emosional kecemasan (Himpsi, 2020).

Dari penjelasan diatas penatalaksanaan katarak hanya dapat disembuhkan dengan melakukan operasi. Operasi merupakan salah satu sumber kecemasan pasien. Kecemasan sangat berkaitan dengan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap suatu yang berbahaya (Stuart & Sundeen, 2012). Kecemasan preoperasi katarak sering kali mempengaruhi sebagian besar pasien (Rabiyatul Adawiah, dkk. 2021).

Dalam pengamatan yang di lakukan, ada beberapa pasien pre operasi di ruang bedah yang mengatakan bahwa mereka takut dengan proses pembedahan. Salah satu bentuk nyata rasa cemas itu adalah pasien sering bertanya berulang-ulang tentang proses yang akan dijalani. Prosedur pembedahan sering di pandang sebagai suatu stressor bagi pasien dan keluarga, yang dapat membuat pasien pre operasi menjadi cemas.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Kamar Operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar”.

B. RUMUSAN MASALAH

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana gambaran tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak di kamar operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar ?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk diketahui Gambaran tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak di kamar operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi karakteristik pasien pre operasi katarak di kamar operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
- b. Diketahui gambaran tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di kamar operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar

D. MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada masyarakat, instansi layanan keperawatan, instansi pendidikan perawatan, dan peneliti.

1. Bagi Masyarakat / Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada khususnya responden yaitu dapat mencari bantuan pelayanan kesehatan jika mengalami kecemasan dan langkah awal untuk skrining kesehatan.

2. Bagi Instansi Layanan Keperawatan

Sebagai tambahan informasi untuk pelayanan kesehatan sehingga dapat menjadi data skrining dan perawatan pasien cemas pre-operasi katarak.

3. Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sebagai tambahan untuk bahan pengajaran, sebagai data dasar untuk pengembangan penelitian selanjutnya, dan sebagai tambahan informasi yang dapat disampaikan saat melaksanakan pengabdian kepada masyarakat.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan dan wawasan bagi peneliti dalam melakukan penelitian tentang gambaran tingkat kecemasan pada pasien pre operasi katarak.

E. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian yang berjudul “Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Kamar Operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar” belum pernah dilakukan, namun terdapat penelitian yang mendukung dalam penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan Srinayanti dkk. (2017) yang berjudul “Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2017” berikut perbandingan penelitian sebelumnya dengan penelitian yang akan dilakukan.

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1	Judul Penelitian	Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2017	Gambaran Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Katarak di Kamar Operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar
2	Peneliti	Yanti Srinayanti	Hariato Burhanuddin
3	Tahun Penelitian	2017	2025
4	Tempat	RSUD Kabupaten Ciamis	RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar
5	Jenis Penelitian	Penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif	Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif
6	Populasi	Semua pasien pre operasi di ruang bedah RSUD Kabupaten Ciamis	Semua pasien yang akan melakukan pre operasi katarak di Kamar Operasi RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar
7	Teknik Sampling	Teknik pengambilan sampel non probability sampling	Teknik pengambilan sampel non probability sampling yaitu Purposive Sampling
8	Instrumen	Kuesioner yang digunakan dalam penelitian adalah modifikasi DASS (Depression Anxiety Stress Scale)	Kuesioner yang digunakan dalam penelitian adalah Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZRAS) ZRAS atau SAS).
9	Analisis Data	Analisis data menggunakan analisis univariat	Analisis data menggunakan analisis univariat dilanjutkan dengan uji cross tab

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI

1. Konsep Katarak

a. Definisi

Katarak adalah opasitas lensa kristalina yang normalnya jernih. Biasanya terjadi akibat proses penuaan tapi dapat timbul pada saat kelahiran (katarak kongenital). Dapat juga berhubungan dengan trauma mata tajam maupun tumpul, penggunaan kortikosteroid jangka panjang, penyakit sistemik, pemajanan radiasi, pemajanan yang lama sinar ultraviolet, atau kelainan mata lain seperti uveitis anterior . Menurut Corwin (2009), katarak adalah penurunan progresif kejernihan lensa. Lensa menjadi keruh atau berwarna putih abu-abu, dan ketajaman penglihatan berkurang. Katarak terjadi apabila protein- protein lensa yang secara normal transparan terurai dan mengalami koagulasi.

Menurut Mansjoer (2010), katarak adalah setiap keadaan kekeruhan pada lensa yang dapat terjadi akibat hidrasi (panambahan cairan) lensa, denaturasi protein lensa, atau akibat kedua-duanya. Biasanya mengenai kedua mata dan berjalan progresif. Katarak adalah proses terjadinya opasitas secara progresif pada lensa atau kapsul lensa, umumnya akibat dari proses penuaan yang terjadi pada semua orang lebih dari 65 tahun (Marilynn Doengoes, dkk. 2000) dan Katarak merupakan keadaan dimana terjadi kekeruhan pada serabut atau bahan lensa didalam kapsul lensa (Sidarta Ilyas, 2014).

Dalam bahasa Indonesia Katarak disebut bular dimana penglihatan seperti tertutup air terjun. Katarak adalah kekeruhan lensa yang mengarah kepada penurunan ketajaman visual dan atau cacat fungsional yang dirasakan oleh pasien. (Said AK, 2010). Jadi, dapat disimpulkan katarak adalah kekeruhan lensa yang normalnya transparan dan dilalui cahaya (Ayuni, N. D. Q.,2020).

Faktor resiko yang dapat meningkatkan peluang terkena katarak menurut Motris Pamungkas (2024) adalah:

1) Umur

Umur dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, dimana ada kecenderungan penyakit atau masalah kesehatan yang menyerang pada umur tertentu. Berdasarkan hasil kajian literatur terdapat hubungan antara umur dengan kejadian katarak. Peningkatan umur berhubungan dengan pembentukan kejadian penyakit katarak pada mata. Semakin bertambahnya umur seseorang, maka sifat lensa sebagai salah satu organ tubuh akan ikut berubah. Perubahan yang terjadi salah satunya adalah meningkatnya kemampuan lensa untuk menghamburkan cahaya matahari. Tidak hanya pada lensa, penyebaran cahaya matahari terjadi secara intraokular. Semakin bertambahnya umur seseorang, menyebabkan protein pada lensa mata semakin menurun. Protein lensa mengalami proses non-enzimatik, yaitu perkembangan genetik yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap proses

oksidasi, perubahan susunan molekul lensa, dan peningkatan penghamburan cahaya.

Pertumbuhan lensa pada manusia menyebabkan inti lensa terkena pengaruh dalam jangka waktu yang cukup lama sehingga berisiko mengalami kerusakan oksidatif. Akibatnya, transparansi lensa berkurang dan inti lensa menjadi lebih kaku, sehingga menyebabkan kesulitan dalam kemampuan akomodasi mata yang dapat memperberat dalam pembentukan katarak.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, karena terdapat penyakit yang terjadi lebih banyak atau hanya ditemukan mungkin pada perempuan atau laki-laki (Hadini, 2016). Pada penelitian Framingham Eye Study, perempuan memiliki prevalensi dibandingkan laki-laki dalam perubahan lensa dan katarak senilis. Beberapa penelitian berbasis populasi juga menunjukkan bahwa perempuan memiliki prevalensi yang lebih tinggi untuk terjadinya katarak terutama katarak kortikal. Sperduto dan Hiller mencatat bahwa tiga jenis kekeruhan lensa pada katarak senilis lebih sering terjadi pada perempuan. Penelitian dari Nishikori dan Yamamoto mendapatkan bahwa rasio laki-laki dan perempuan untuk terjadinya katarak 1:8. Menurut Andjelic (2012) bahwa hormon estrogen pada perempuan mungkin mempengaruhi pembentukan katarak. Hormon ovarian

meningkatkan katarak yang diinduksi radiasi. Endogen terutama estrogen, β -estradiol memiliki mitogenik dan efek anti-oksidatif pada konsentrasi fisiologis, sedangkan tingkat farmakologi menginduksi stress oksidatif dan bertindak proapoptosis dalam lensa. Suplemen hormon percobaan menunjukkan bahwa estrogen bertanggungjawab terhadap pembentukan katarak.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi status sosial ekonomi termasuk pekerjaan dan status gizi. Pendidikan yang rendah pada masyarakat berdampak pada tidak adanya pemahaman dan kesadaran akan penyakit katarak, ditambah dengan kurangnya informasi atau penyuluhan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan menjadi kendala untuk mengenali sejak dini munculnya tanda-tanda katarak, gejala katarak, pencegahan dan pengobatannya. Pendidikan yang rendah tidak terkait langsung dengan terjadinya katarak, tetapi biasanya berhubungan dengan pekerjaan. Seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah, biasanya akan bekerja sebagai petani, nelayan, atau buruh kasar sehingga kecenderungan untuk terpapar oleh sinar ultraviolet akan lebih sering dan berisiko terhadap peningkatan terjadinya katarak. Selain daripada itu, rendahnya pendidikan berpengaruh terhadap penghasilan. Rendahnya penghasilan seseorang akan mempengaruhi status nutrisi, sehingga kurangnya asupan

vitamin dan asam folat sebagai antioksidan dapat meningkatkan risiko terjadinya katarak. Penelitian Bae (2015) berdasarkan Korea National Health Nutrition Examination Survey menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian katarak senilis. Adanya hubungan dalam penelitian Bae dikarenakan orang dengan pendidikan rendah mungkin mengalami kesulitan memperoleh informasi tentang risiko kesehatan. Walaupun pendidikan tidak terkait langsung dengan kejadian katarak, namun rendahnya tingkat pendidikan berhubungan dengan pekerjaan dan penghasilan seseorang, dimana seseorang yang bekerja diluar gedung dengan paparan sinar ultraviolet, dan kurang asupan nutrisi yang seimbang berisiko terhadap kejadian katarak.

4) Riwayat Genetik

Faktor genetika atau keturunan dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang yang ada dalam satu garis keturunan keluarga tersebut, salah satunya seperti riwayat penyakit keluarga contohnya diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit lainnya.

a. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga dengan katarak dapat berpengaruh terhadap penerusan gen kepada keturunan. Beberapa gen kristalin diekspresikan pada awal embriogenesis, dan mutasi pada gen ini dapat menyebabkan perubahan pada protein

yang berperan terhadap agregasi protein hingga mengakibatkan terjadinya katarak.

b. Diabetes Melitus

Proses terjadinya katarak pada penderita diabetes mellitus merupakan akibat peningkatan enzim aldose reductase yang mereduksi gula menjadi sorbitol, hal ini menyebabkan terjadinya perubahan osmotik sehingga serat lensa lama kelamaan akan menjadi keruh dan mengakibatkan katarak. Pengaruh klinis yang lama akan mengakibatkan terjadinya katarak lebih dari pada pasien diabetes dibandingkan dengan pasien non diabetes. Peningkatan kadar glukosa dalam darah memainkan peran penting dalam perkembangan katarak. Efek patologi hiperglikemia dapat dilihat jelas pada jaringan tubuh yang tidak bergantung pada insulin untuk memasukkan glukosa dalam selnya, misalnya pada lensa mata dan ginjal, sehingga mereka tidak mampu mengatur transportasi glukosa seiring dengan peningkatan konsentrasi gula di ekstraselular. Menurut beberapa penelitian, jalur poliol dikatakan memainkan peran dalam perkembangan katarak pada pasien diabetes. Enzim aldose reduktase (AR) yang terdapat dalam lensa mengkatalisis reduksi glukosa menjadi sorbitol melalui jalur poliol. Akumulasi sorbitol intrasel menyebabkan perubahan osmotik

sehingga mengakibatkan serat lensa hidropik yang degenerasi dan menghasilkan gula katarak. Dalam lensa, sorbitol diproduksi lebih cepat daripada diubah menjadi fruktosa oleh enzim sorbitol dehydrogenase (SD), dan sifat sorbitol yang sukar keluar dari lensa melalui proses difusi menyebabkan peningkatan akumulasi sorbitol. Ini menciptakan efek hiperosmotik yang nantinya menyebabkan infuse cairan untuk menyeimbangkan gradien osmotik. Keadaan ini menyebabkan keruntuhan dan pencairan serat lensa yang akhirnya membentuk kekeruhan pada lensa. Selain itu, stres osmotik pada lensa yang disebabkan oleh akumulasi sorbitol menginduksi apoptosis pada sel epitel lensa yang mengarah ke pengembangan katarak (Pollreisz dan Erfurth, 2010).

5) Merokok

Merokok dan mengunyah tembakau dapat menginduksi stress oksidatif dan dihubungkan dengan penurunan kadar antioksidan, askorbat dan karatenoid. Semakin banyak jumlah rokok yang dihisap/hari atau semakin tinggi derajat kebiasaan merokok maka stadium katarak semakin matang. Penyebabnya adalah penumpukan molekul berpigmen 3-hydroxykhynurine dan chromophores yang terkandung dalam rokok. Sianat dalam rokok juga menyebabkan terjadinya karbamilasi dan denaturasi protein

yang mempengaruhi kematangan katarak senilis. Penurunan jumlah superoxide dismutase dalam rokok menyebabkan penipisan zinc dalam darah dan lensa. Penurunan superoxide dismutase, glutathione dan glutathione peroxidase dalam lensa seorang perokok memungkinkan penguraian oxidative lensa yang menyebabkan katarak, seseorang yang mempunyai kebiasaan merokok (dapat dilihat dari usia mulai merokok, derajat merokok, paparan asap rokok, dan kandungan rokok) lebih berisiko terjadinya katarak dibandingkan dengan seseorang yang tidak memiliki kebiasaan merokok.

6) Radiasi

Faktor yang dapat menimbulkan katarak adalah sinar ultraviolet. Radiasi UV ditimbulkan oleh gelombang panas yang berasal dari sumber energi yang mengeluarkan cahaya yang berasal dari alam dan buatan. Sumber utama UV alam adalah matahari, yang difiltrasi oleh lapisan ozon pada atmosfer. Paparan sinar dengan gelombang ultraviolet 300-400 nm berhubungan dengan terjadinya perubahan kimia dan fisik pada protein dan sel epitel. Sinar ultraviolet dari matahari diserap oleh protein lensa terutama asam amino aromatic, yaitu triptofan, fenil-alamin dan tirosin sehingga menimbulkan reaksi dan menghasilkan fragmen molekul yang disebut radikal bebas atau spesies oksigen yang bersifat sangat reaktif. Selanjutnya radikal bebas ini akan menimbulkan

reaksi patologis dalam jaringan lensa dan senyawa toksis lainnya, sehingga terjadi reaksi oksidatif pada gugus sulfhidril protein. Reaksi oksidatif akan mengganggu struktur protein lensa sehingga cross link antar dan intra protein dan menambah jumlah high molekul weight protein sehingga terjadi agregasi protein, yang selanjutnya menyebabkan kekeruhan lensa yang disebut katarak. Sehingga sinar ultraviolet dari matahari dapat mempercepat kekeruhan pada lensa mata. Seseorang dengan aktivitas sehari-hari sering terpapar sinar ultraviolet meningkatkan faktor risiko katarak. Efek dari terpapar sinar matahari secara terus menerus dalam waktu yang lama akan menyebabkan keruhnya lensa mata, hal ini dapat menyebabkan katarak. Paparan sinar ultraviolet meningkatkan risiko terkena katarak, terutama jika mata tanpa pelindung terpapar sinar matahari cukup lama.

7) Kurangnya Konsumsi Antioksidan

Antioksidan di lensa adalah vitamin C, oleh karena bersifat larut dalam air maka vitamin ini terdapat dalam kadar cukup tinggi di humor aquos. Beberapa penelitian menunjukkan vitamin C mampu beraksi langsung dengan superoksida, anion, hydrogen peroksida, hidrogen radikal dan radikal bebas lainnya. Di samping itu vitamin C dapat meningkatkan dan mempertahankan glutathion dan vitamin E dalam status tereduksi agar dapat bekerja melindungi lensa dari radikal bebas. Kurangnya antioksidan

khususnya vitamin A, C dan E dengan kejadian katarak pada dasarnya mempunyai hubungan, dimana apabila seseorang kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung antioksidan yang seimbang setiap hari maka akan semakin besar resiko katarak yang terjadi.

8) Lingkungan Sosial Ekonomi

a. Pekerjaan

Pada penelitian yang dilakukan oleh Tana dkk (2006), presentase katarak pada kelompok pekerja petani/nelayan/buruh cukup tinggi, 2,5 kali lebih berisiko dibandingkan dengan pegawai. Pekerjaan petani/nelayan/buruh dapat dikategorikan sebagai pekerjaan diluar rumah atau diluar gedung yang menyebabkan adanya pajanan kronis dari paparan sinar matahari. Pekerja diluar gedung yang terpajan radiasi sinar UV-B dari sinar matahari merupakan faktor yang berhubungan dengan berkembangnya katarak. Pajanan UV yang akut mempunyai efek terhadap kulit, kornea, dan lensa mata. Pada pajanan kronis UV dengan tingkat yang bermakna dan waktu yang berlebihan akan menyebabkan hilangnya elastisitas pada kulit atau penuaan kulit dini dan risiko terjadinya kanker kulit dan kekeruhan lensa mata. Proses oksidasi membrane lipid, struktur atau enzim protein atau DNA oleh radikal bebas sinar UV menginisiasi hilangnya

transparansi pada nuclear dan kortikal pada lensa. Seseorang yang dalam waktu lama bekerja diluar gedung dan terpapar sinar matahari, akan sangat berbahaya karena radiasi sinar ultraviolet dari matahari akan diserap oleh lensa, sehingga akan menyebabkan lensa mata menjadi keruh. Masuknya radiasi sinar ultraviolet pada mata dapat dikurangi dengan menggunakan alat pelindung diri seperti topi saat bekerja di luar gedung. seseorang yang bekerja diluar gedung lebih berisiko menderita katarak dibandingkan dengan seseorang yang bekerja di dalam gedung.

b. Tingkat Pendapatan

Dengan pendapatan seseorang yang rendah, akan berdampak pada malasnya seseorang untuk pergi ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya. Selain itu jarak tempuh antara rumah dan tempat pelayanan kesehatan akan mengakibatkan seseorang harus menyisihkan uangnya untuk biaya transportasi, hal ini juga yang berpengaruh terhadap keengganan seseorang ke tempat pelayanan kesehatan. Apabila ini terus dibiarkan, maka katarak yang diderita oleh seseorang akan sulit untuk cepat ditangani, sehingga dapat menyebabkan kebutaan. Pada penelitian yang dilakukan oleh Arimbi menyatakan bahwa penderita katarak yang berasal dari golongan ekonomi rendah tidak akan mampu untuk

mengobati penyakitnya ke rumah sakit ataupun klinik swasta yang mahal, sehingga pengobatan katarak tidak menjadi prioritas bagi mereka. Jarak yang jauh dari sarana pelayanan kesehatan memerlukan ongkos transportasi dan biaya untuk keluarga yang mengantar menjadi mahal. Biaya perawatan mata pasca operasi, misalnya untuk membeli kaca mata juga tidak dapat dilakukan. Faktor ekonomi telah dilaporkan menjadi penghalang pasien untuk melakukan operasi katarak pada negara berkembang. Penghalang yang di maksud ialah karena kemiskinan, tidak adanya transportasi, dan biaya. Seseorang dengan tingkat pendapatan yang rendah lebih berisiko katarak dibandingkan dengan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi.

b. Klasifikasi Katarak

Prilly Astari (2018) menjelaskan bahwa klasifikasi katarak berdasarkan usia :

1) Katarak kongenital

Sepertiga kasus katarak kongenital adalah diturunkan, sepertiga berkaitan dengan penyakit sistemik, dan sisanya idiopatik. Separuh katarak kongenital disertai anomali mata lainnya, seperti PHPV (Primary Hyperplastic Posterior Vitreous), aniridia, koloboma, mikroftalmos, dan buftalmos (pada glaukoma infantil).

2) Katarak senilis

Seiring berjalannya usia, lensa mengalami kekeruhan, penebalan, serta penurunan daya akomodasi, kondisi ini dinamakan katarak senilis. Katarak senilis merupakan 90% dari semua jenis katarak. Terdapat tiga jenis katarak senilis berdasarkan lokasi kekeruhannya, yaitu :

a. Katarak nuklearis

Katarak nuklearis ditandai dengan kekeruhan sentral dan perubahan warna lensa menjadi kuning atau coklat secara progresif perlahan-lahan yang mengakibatkan turunnya tajam penglihatan. Derajat kekeruhan lensa dapat dinilai menggunakan slitlamp. Katarak jenis ini biasanya terjadi bilateral, namun dapat juga asimetris. Perubahan warna mengakibatkan penderita sulit untuk membedakan corak warna. Katarak nuklearis secara khas lebih mengganggu gangguan penglihatan jauh daripada penglihatan dekat. Nukleus lensa mengalami pengerasan progresif yang menyebabkan naiknya indeks refraksi, dinamai miopisasi. Miopisasi menyebabkan penderita presbiopia dapat membaca dekat tanpa harus mengenakan kacamata, kondisi ini disebut sebagai second sight.

b. Katarak kortikal

Katarak kortikal berhubungan dengan proses oksidasi dan presipitasi protein pada sel-sel serat lensa. Katarak jenis ini

biasanya bilateral, asimetris, dan menimbulkan gejala silau jika melihat ke arah sumber cahaya. Tahap penurunan penglihatan bervariasi dari lambat hingga cepat. Pemeriksaan slitlamp berfungsi untuk melihat ada tidaknya vakuola degenerasi hidropik yang merupakan degenerasi epitel posterior, dan menyebabkan lensa mengalami elongasi ke anterior dengan gambaran seperti embun.

c. Katarak subkapsuler

Katarak ini dapat terjadi di subkapsuler anterior dan posterior. Pemeriksaannya menggunakan slitlamp dan dapat ditemukan kekeruhan seperti plak di korteks subkapsuler posterior. Gejalanya adalah silau, penglihatan buruk pada tempat terang, dan penglihatan dekat lebih terganggu daripada penglihatan jauh.

Sedangkan menurut Masriadi, M. (2021) jenis katarak yang terbagi dalam beberapa jenis yaitu:

1) Katarak Kongenital

Katarak Kongenital adalah katarak yang diderita oleh bayi dan anak-anak yang disebabkan oleh infeksi virus pada ibu hamil muda.

2) Katarak Senilis

Katarak Senilis adalah katarak yang disebabkan oleh proses penuaan atau degenerative.

3) Katarak Traumatika

Katarak Traumatika adalah katarak yang disebabkan karena adanya trauma atau kecelakaan pada mata.

4) Katarak Komplikata

Katarak Komplikata adalah katarak yang disebabkan oleh infeksi atau penyakit lainnya pada mata.

Berdasarkan usia katarak dapat diklasifikasikan dalam:

- 1) Katarak kongenital, katarak yang sudah terlihat pada usia di bawah 1 tahun.
- 2) Katarak juvenil, katarak yang terjadi sesudah usia 1 tahun.
- 3) Katarak senil, katarak setelah usia 50 tahun.

Bila mata sehat dan tidak terdapat kelainan sistemik maka hal ini biasanya terdapat pada hampir semua katarak senil, katarak herediter dan kongenital.

- 1) Klasifikasi katarak diklasifikasikan berdasarkan beberapa kriteria berbeda yakni:
 - a. Klasifikasi Morfologik: katarak kapsular, katarak subkapsular, katarak nuclear, katarak krtikal, katarak lamellar, katarak sutural.
 - b. Klasifikasi berdasarkan etiologinya: katarak yang berhubungan dengan usia, dan trauma, pembedahan Intraocular sebelumnya seperti Vitrectomy pars plana, pembedahan glukoma (trabeculectomy atau iridotomy), Metabolik; diabetes mellitus sering dihubungkan dengan katarak senilis, galactosemia dan toxic pada obat-obatan steroid yang dapat menyebabkan katarak

subcapsular.

- 2) Klasifikasi berdasarkan kejadian: kongenital, didapat seperti katarak juvenile, katarak presenil dan katarak senil.

Ilyas, 2004 menjelaskan bahwa katarak berdasarkan usia dibagi menjadi 3, yaitu:

- 1) Katarak senilis

Katarak yang terjadi pada usia lanjut, umumnya terjadi pada usia di atas 50 tahun. Biasanya disebabkan karena proses penuaan.

- 2) Katarak juvenil

Katarak yang terjadi pada anak-anak.

- 3) Katarak kongenital

Katarak yang terjadi sebelum atau segera setelah lahir.

Katarak senilis adalah katarak yang berkaitan dengan usia, penurunan penglihatan, dengan karakteristik penebalan lensa yang terjadi secara terus-menerus dan progresif (Victor et al., 2006). Katarak senile umumnya dibagi menjadi 4 stadium yaitu:

1. Stadium insipien. 3. Stadium matur.
2. Stadium imatur. 4. Stadium hiper matur.

Pada katarak insipien kekeruhan lensa ringan, cairan lensa, iris, bilik mata, sudut bilik mata normal, shadow test negatif. Pada katarak Imatur kekeruhan hanya pada sebagian lensa, cairan lensa bertambah, iris terdorong ke depan, bilik mata depan dangkal, sudut bilik mata sempit, shadow test positif. Pada katarak matur telah terjadi kekeruhan

pada seluruh lensa, cairan lensa, iris, bilik mata, sudut bilik mata normal, shadow test negatif. Pada katarak hiper matur kekeruhan lensa masif, cairan lensa berkurang, iris termulans, bilik mata depan dalam, sudut bilik mata terbuka. Terjadinya katarak senilis berkaitan dengan faktor lingkungan seperti sinar ultraviolet, obat-obatan (kortikosteroid, thiazid dan penotiazin), penyakit sistemik seperti diabetes melitus dan makanan (Shinha et al., 2009).

c. Patofisiologi

Perubahan fisik dan kimia dalam lensa mengakibatkan hilangnya transparansi, ditandai dengan adanya perubahan pada serabut halus multiple (zanula) yang memanjang dari badan silier ke sekitar daerah di luar lensa, misalnya dapat menyebabkan penglihatan mengalami distorsi. Perubahan kimia dalam protein lensa dapat menyebabkan koagulasi, sehingga terjadinya pengkaburan/kekeruhan lensa sehingga dapat menghambat jalannya cahaya ke retina. Hal ini diakibatkan karena protein pada lensa menjadi water insoluble dan membentuk partikel yang lebih besar.

Struktur lensa terdapat dua jenis protein yaitu protein yang larut dalam lemak (soluble) dan tidak larut dalam lemak (insoluble) dan pada keadaan normal protein yang larut dalam lemak lebih tinggi kadarnya dari pada yang tidak larut dalam lemak.

Adapun patofisiologi katarak adalah kompleks dan perlu untuk dipahami. Pada semua kemungkinan, patogenesisnya adalah

multifaktorial yang melibatkan interaksi kompleks antara proses fisiologis yang bermacam-macam, sebagaimana lensa berkembang seiring usia, berat dan ketebalan terus meningkat sedangkan daya akomodasi terus-menurun.

Berbagai mekanisme memberikan kontribusi pada hilangnya kejernihan lensa. Epitelium lensa dipercaya mengalami perubahan seiring dengan pertambahan usia, secara khusus melalui penurunan densitas epitelial dan diferensiasi aberran dari sel-sel serat lensa. Walaupun epitel dari lensa dipercaya mengalami perubahan seiring dengan pertambahan usia, secara khusus melalui penurunan densitas epitelial dan diferensiasi aberran dari sel-sel serat lensa.

Sekali pun epitel dari lensa katarak mengalami kematian apoptotik yang rendah dimana menyebabkan penurunan secara nyata pada densitas sel, akumulasi dari 282 Epidemiologi Penyakit Tidak Menular serpihan kecil epitelial dapat menyebabkan gangguan pembentukan serat lensa dan homeostasis dan akhirnya mengakibatkan hilangnya kejernihan lensa. Lebih jauh lagi, dengan bertambahnya usia lensa, penurunan ratio air dan mungkin metabolit larut air dengan berat molekul rendah dapat memasuki sel pada nukleus lensa melalui epitelium dan korteks yang terjadi dengan penurunan transport air, nutrisi dan antioksidan. Kerusakan oksidatif pada lensa pada pertambahan usia terjadi yang mengarahkan pada perkembangan katarak senilis.

Berbagai macam studi menunjukkan peningkatan produk oksidasi (contohnya glutathion teroksidasi) dan penurunan vitamin antioksidasi serta enzim superoksidadismutase yang menggarisbawahi peranan yang penting dari proses oksidatif pada kataraktogenesis. Mekanisme lainnya yang terlibat adalah konversi sitoplasmik lensa dengan berat molekul rendah yang larut air menjadi agregat berat molekul tinggi larut air, fase tak larut air dan matriks protein membran tak larut air. Hasil perubahan protein menyebabkan fluktuasi yang tiba-tiba pada indeks refraksi lensa, menyebarkan jaras cahaya dan menurunkan kejernihan. Area lain yang sedang diteliti meliputi peran dari nutrisi pada perkembangan katarak secara khusus keterlibatan dari glukosa dan mineral serta vitamin. Masriadi (2021)

d. Penatalaksanaan Katarak

Dokter spesialis mata akan segera mengetahui lensa yang berkabut melalui pemeriksaan langsung dengan alat pemeriksa khusus untuk mengukur kekeruhan lensa yang disebut OFTALMOSKOP. Grafik pemeriksaan snellen (snellen eye chart) digunakan untuk mengetahui ketajaman penglihatan seseorang. Alat ini berisi barisan gambaran huruf atau angka dari atas ke bawah, dengan ukuran yang semakin kecil pada barisan bawah, jika gangguan penglihatan akibat katarak sudah cukup parah dan menghambat pasien dalam melakukan aktivitas hariannya, tindakan operatif diperlukan untuk mengambil dan mengganti yang cacat tersebut dengan lensa intraokular plastic secara

permanen.

Operasi katarak merupakan operasi yang paling sering dilakukan dalam operasi mata. Operasi katarak biasanya dilakukan dengan menggunakan anestesi lokal dan pasien bisa pulang di hari itu juga (one day care). Berkat kemajuan operasi katarak akhir-akhir ini, pasien tidak perlu lagi menunggu sampai lensanya menjadi keruh. Indikasi hanya berdasar pada kesepakatan dan pertimbangan dokter.

Usaha pencegahan trauma pasca operasi adalah mengontrol penyakit yang berhubungan dengan katarak dan menghindari faktor yang mempercepat terbentuknya katarak, misalnya sinar ultraviolet dan rokok. Upaya penyembuhan katarak yang paling efektif adalah dengan operasi pengangkatan lensa dan diganti dengan lensa buatan yang disebut sebagai keratoplasty. Selain mempergunakan lensa buatan tersebut dapat juga dengan memakai kacamata khusus yang telah diatur ketebalannya. Pada saat operasi katarak, dokter akan membuka daerah depan mata dengan bantuan mikroskop untuk mengangkat lensa yang keruh untuk digantikan dengan lensa buatan. Operasi tidak menimbulkan rasa sakit karena pasien akan diberi anestesi lokal berupa tetes mata. Setelah operasi, mata yang dioperasi akan ditutup dengan kasa selama 2-4 hari. Pada awalnya penglihatan memang belum sejelas seperti yang diharapkan, tetapi makin hari akan bertambah jelas.

Beberapa minggu setelah operasi dilakukan, pasien dapat diberi resep untuk kaca mata khusus yang membantu agar mempunyai

penglihatan yang tepat setelah pengangkatan lensa. Selama pasca operasi diharapkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan matanya agar tidak terjadi infeksi yang tidak diharapkan dan akan mengganggu penyembuhan. Terapi obat-obatan yang diberikan pada katarak imatur diberikan obat tetes mata Catarlent eye drop 5 kali sehari 1 tetes untuk memperlambat terjadinya kekeruhan lensa. Tidak ada perawatan medis yang terbukti berguna untuk menunda, mencegah, atau membalikkan perkembangan katarak. Pembedahan dilakukan pada katarak matur. Penatalaksanaan dapat dilakukan dengan pembedahan. Ada dua teknik pembedahan katarak, menurut Vaughan 2005 yaitu:

1) Intra-Capsular Cataract Extraction (ICCE)

Pengambilan lensa dilakukan secara intoto sebagai satu potongan utuh, di mana nukleus dan korteks diangkat di dalam kapsul lensa dengan menyisakan vitreus dan membrana Hyaloidea. Kapsula posterior juga diangkat sehingga IOL tidak dapat diletakkan di bilik mata posterior. IOL dapat diletakkan di bilik mata anterior dengan risiko infeksi kornea. Selain itu tidak ada lagi batasan antara segmen anterior dan posterior yang dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi lainnya seperti vitreus loss, cystoidmacular edema dan endophtalmitis. Teknik ini digunakan dalam kasus tertentu antara lain bila terjadi subluksasio lensa atau dislokasi lensa.

2) Extra-Capsular Cataract Extraction (ECCE)

Nukleus dan korteks diangkat dari kapsul dan menyisakan kapsula

posterior yang utuh, bagian perifer dari kapsula anterior dan zonula zein. Teknik tersebut selain menyediakan lokasi untuk menempatkan intra ocular lens (IOL), juga dapat dilakukan pencegahan prolaps vitreus dan sebagai pembatas antara segmen anterior dan posterior. Sebagai hasilnya, teknik ECCE dapat menurunkan kemungkinan timbulnya komplikasi seperti vitreusloss, edema kornea. Ada 3 teknik operasi ECCE, yaitu (Smith, 2003): Incision, mobilization of nucleus dan removal of the nucleus. Masriadi (2021)

Astari, P. (2018) Tatalaksana definitif untuk katarak saat ini adalah tindakan bedah. Beberapa penelitian seperti penggunaan vitamin C dan E dapat memperlambat pertumbuhan katarak, namun belum efektif untuk menghilangkan katarak.1, 2 Tujuan tindakan bedah katarak adalah untuk mengoptimalkan fungsi penglihatan. Keputusan melakukan tindakan bedah tidak spesifik tergantung dari derajat tajam penglihatan, namun lebih pada berapa besar penurunan tersebut mengganggu aktivitas pasien. Indikasi lainnya adalah bila terjadi gangguan stereopsis, hilangnya penglihatan perifer, rasa silau yang sangat mengganggu, dan simtomatik anisometrop. Indikasi medis operasi katarak adalah bila terjadi komplikasi antara lain: glaukoma fakolitik, glaukoma fakomorfik, uveitis fakoantigenik, dislokasi lensa ke bilik depan, dan katarak sangat padat sehingga menghalangi pandangan gambaran fundus karena dapat menghambat diagnosis retinopati diabetika ataupun glaukoma.

Beberapa jenis tindakan bedah katarak :

1) Ekstraksi Katarak Intrakapsuler (EKIK)

EKIK adalah jenis operasi katarak dengan membuang lensa dan kapsul secara keseluruhan. EKIK menggunakan peralatan sederhana dan hampir dapat dikerjakan pada berbagai kondisi. Terdapat beberapa kekurangan EKIK, seperti besarnya ukuran irisan yang mengakibatkan penyembuhan luka yang lama, menginduksi astigmatisma pasca operasi, cystoid macular edema (CME), dan ablasio retina. Meskipun sudah banyak ditinggalkan, EKIK masih dipilih untuk kasus subluksasi lensa, lensa sangat padat, dan eksfoliasi lensa. Kontraindikasi absolut EKIK adalah katarak pada anak-anak, katarak pada dewasa muda, dan ruptur kapsul traumatik, sedangkan kontraindikasi relatif meliputi miopia tinggi, sindrom Marfan, katarak Morgagni, dan adanya vitreus di kamera okulianterior.

Tabel 2.1

Tabel 1. Kelebihan dan Kekurangan EKIK^{1,2}

Kelebihan	Kekurangan
Memerlukan peralatan yang relatif sederhana	Penyembuhan luka lama karena besarnya irisan
Pemulihan penglihatan segera setelah operasi menggunakan kacamata +10 dioptri	Pencetus astigmatisma
	Dapat menimbulkan irid dan vitreus inkarserata

2) Ekstraksi Katarak Ekstrakapsuler (EKEK)

EKEK konvensional EKEK adalah jenis operasi katarak dengan membuang nukleus dan korteks lensa melalui lubang di kapsul anterior. EKEK meninggalkan kantong kapsul (*capsular bag*) sebagai tempat untuk menanamkan lensa intraokuler. Seperti terlihat di Tabel 2.2, teknik ini mempunyai banyak kelebihan seperti trauma irisan yang lebih kecil sehingga luka lebih stabil dan aman, menimbulkan astigmatisme lebih kecil, dan penyembuhan luka lebih cepat. Pada EKEK, kapsul posterior yang intak mengurangi risiko CME, ablasio retina, edema kornea, serta mencegah penempelan vitreus ke iris, LIO, atau kornea.

Tabel 2.2

Tabel 2. Kelebihan dan Kekurangan EKEK¹

Kelebihan	Kekurangan
Trauma endotel kornea kecil	Risiko astigmatisme ada walaupun kecil
Tidak menimbulkan iris dan vitreus inkarserata	Perbaikan penglihatan lebih lambat dan buruk dibandingkan SICS
Luka yang lebih stabil dan aman	
Penyembuhan luka cepat	

3) Small Incision Cataract Surgery (SICS)

Teknik EKEK telah dikembangkan menjadi suatu teknik operasi dengan irisan sangat kecil (7-8 mm) dan hampir tidak memerlukan jahitan, teknik ini dinamai SICS. Oleh karena irisan yang sangat kecil, penyembuhan relatif lebih cepat dan risiko astigmatisme lebih kecil dibandingkan EKEK konvensional. SICS dapat mengeluarkan nukleus lensa secara utuh atau dihancurkan. Teknik ini populer di

negara berkembang karena tidak membutuhkan peralatan fakoemulsifikasi yang mahal, dilakukan dengan anestesi topikal, dan bisa dipakai pada kasus nukleus yang padat. Beberapa indikasi SICS adalah sklerosis nukleus derajat II dan III, katarak subkapsuler posterior, dan awal katarak kortikal.

Tabel 2.3

Tabel 3. Kelebihan dan Kekurangan SICS^{2,9,10}

Kelebihan	Kekurangan
Kurve pembelajaran lebih pendek dibandingkan fakoemulsifikasi	Risiko astigmatisma ada walaupun sangat kecil
Instrumentasi lebih sederhana	Dapat terjadi hifema dan edema kornea pasca operasi
Risiko komplikasi lebih rendah	
Biaya lebih murah	

4) Fakoemulsifikasi

Teknik operasi fakoemulsifikasi menggunakan alat tip ultrasonik untuk memecah nukleus lensa dan selanjutnya pecahan nukleus dan korteks lensa diaspirasi melalui insisi yang sangat kecil. Dengan demikian, fakoemulsifikasi mempunyai kelebihan seperti penyembuhan luka yang cepat, perbaikan penglihatan lebih baik, dan tidak menimbulkan astigmatisma pasca bedah. Teknik fakoemulsifikasi juga dapat mengontrol kedalaman kamera okuli anterior serta mempunyai efek pelindung terhadap tekanan positif vitreus dan perdarahan koroid. Teknik operasi katarak jenis ini menjadi pilihan utama di negara-negara maju.

Tabel 2.4

Tabel 4. Kelebihan dan Kekurangan Fakoemulsifikasi^{1,2}

Kelebihan	Kekurangan
Luka akibat operasi ringan	Kurve pembelajaran lebih panjang dibandingkan SICS
Perbaikan penglihatan lebih baik dan cepat	Biaya mahal
Tidak terjadi astigmatisma pasca bedah	Peralatan tidak portabel

e. Pencegahan Penyakit Katarak

Pencegahan yang harus dilakukan sebelum katarak timbul atau berlanjut menjadi makin parah. Beberapa hal yang harus diperhatikan antara lain:

- 1) Apabila pekerjaan sehari-hari berisiko terhadap panas, misalnya pekerjaan mengelas atau semacamnya. Perlu melakukan pemeriksaan mata secara berkala ke dokter ahli mata.
- 2) Apabila menderita penyakit diabetes mellitus, apalagi yang kadar gula darahnya sudah cukup tinggi, kemungkinan terjadi komplikasi katarak sangat besar sehingga perlu pemeriksaan mata secara teratur pula, di samping melakukan koreksi terhadap penyakit diabetes mellitus.
- 3) Apabila sering bekerja, berjalan atau mengendarai kendaraan yang memungkinkan terkena sinar matahari. Berusaha menghindari sinar matahari langsung. Atau memakai alat pelindung yang sesuai.
- 4) Apabila terasa adanya selaput tipis yang menghalangi pandangan atau merasa sangat silau jika berada di bawah cahaya terang.
- 5) Apabila penglihatan berkurang atau berkabut secara perlahan-lahan dan tidak dapat dibantu dengan memakai kacamata, sebaiknya

segera diperiksa ke dokter ahli mata. Jangan menunggu penglihatan menjadi semakin memburuk, bahkan lensa mata sampai menjadi putih. Meskipun secara ilmiah belum jelas, penggunaan kacamata pelindung sinar ultraviolet dapat memperlambat terjadinya katarak. Konsumsi antioksidan secara teratur, misalnya vitamin A, C dan E, secara teoteris bermanfaat, meskipun manfaatnya sebagai suplemen pencegah katarak belum terbukti (Masriadi, 2021).

2. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Sulistyorini, A. (2022) dalam bukunya Kecemasan (Pengkajian, penatalaksanaan, dan psikoterapi) mengemukakan beberapa definisi kecemasan. Kecemasan/ansietas merupakan pengalaman individu yang bersifat subjektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsi yang diartikan sebagai “kesulitan” dan “kesusahan” terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Varcarolis, 2007). Kecemasan menurut Kaplan (2005), adalah sebagai kesulitan atau kesusahan dan merupakan konsekuensi yang normal dari pertumbuhan, perubahan, pengalaman baru, penemuan identitas dan makna hidup. Ansietas adalah perasaan tidak khas, disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang akan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang atau kelompok sosialnya.

Wilkinson (2007) menjelaskan bahwa ansietas merupakan suatu

keresahan, perasaan tidak nyaman yang tidak mudah atau dread disertai dengan respons otomatis; sumbernya sering kali tidak spesifik; perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Fortinash dan Warret (2006) menjelaskan bahwa ansietas merupakan bagian integral dalam kehidupan manusia. Hampir sebagian individu dalam kehidupannya pernah mengungkapkan secara subjektif terhadap perasaan yang tidak spesifik berupa kesulitan dan kesusahan akibat ancaman internal yang berbahaya. Ansietas merupakan sinyal peringatan terhadap situasi yang mengancam, konflik dan berbahaya.

Comer (1992) dalam Videbeck (2008) menggambarkan ansietas sebagai perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika mengalami ansietas, individu mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Ansietas merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya bagi individu. Ansietas memiliki dua aspek yakni aspek sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat, lama ansietas yang dialami dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap ansietas. Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa ansietas merupakan reaksi emosional terhadap penilaian individu yang subjektif yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan kuatir, gelisah, tidak tenteram dan disertai

ketidakseimbangan fisik, kognitif, psikologis dan perilaku.

Ansietas (Anxiety) merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disertai dengan gejala somatik yang menandakan suatu kegiatan berlebihan dari susunan saraf autonomik (SSA). Ansietas merupakan gejala yang umum tetapi non-spesifik yang sering merupakan suatu fungsi emosi. Ansietas adalah suatu gejala yang tidak menyenangkan, sensasi cemas, takut dan terkadang panik akan suatu bencana yang mengancam dan tidak terelakkan yang dapat atau tidak berhubungan dengan rangsang eksternal (Fracchione, 2004).

Ansietas adalah rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidaknyamanan. Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Pengalaman ansietas dimulai pada masa bayi dan berlanjut sepanjang hidup. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan rasa takut terbesar pada kematian (Stuart 2016).

b. Penyebab Kecemasan

Menurut Triharyanto, B. (2024) penyebab dari kecemasan terdiri dari :

1) Faktor Biologis

Pada dasarnya, kecemasan adalah respons alami tubuh terhadap ancaman atau stres. Ketika kita merasa terancam, tubuh kita memproduksi hormon stres seperti adrenalin dan kortisol, yang memicu respons "fight or flight". Namun, pada beberapa

individu, sistem ini bisa menjadi terlalu aktif atau terlalu sensitif, membuat mereka lebih rentan mengalami kecemasan meski dalam situasi yang tidak menimbulkan ancaman nyata.

Penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik juga memainkan peran penting. Anak-anak dari orang tua yang mengalami gangguan kecemasan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengembangkan kondisi serupa, menunjukkan adanya komponen biologis yang mendasari kecemasan. Dr. Bessel van der Kolk dalam bukunya "The Body Keeps the Score" menjelaskan bagaimana trauma mempengaruhi otak dan tubuh, dan bagaimana ini bisa memicu kecemasan. Ia menggambarkan kecemasan sebagai alarm kebakaran dalam diri kita. Alarm ini seharusnya hanya berbunyi ketika ada bahaya nyata, seperti api. Namun, pada beberapa orang, alarm ini bisa berbunyi meski hanya ada sedikit asap atau bahkan tanpa asap sama sekali. Ini membuat mereka selalu waspada dan siap melarikan diri, meski sebenarnya tidak ada ancaman yang nyata. Alarm ini bisa menjadi lebih sensitif akibat pengalaman masa lalu yang traumatis, genetik, atau lingkungan yang terus-menerus penuh tekanan.

2) Faktor Psikologis

Trauma masa kecil sering kali menjadi akar dari banyak masalah kecemasan di masa dewasa. Pengalaman seperti penyiksaan, pengabaian, atau kehilangan orang yang dicintai bisa

meninggalkan bekas yang mendalam pada psikologi seseorang. Mekanisme pertahanan yang terbentuk selama masa kecil untuk menghadapi trauma ini sering kali terbawa hingga dewasa dan muncul dalam bentuk kecemasan. Misalnya, pernah mengalami seseorang yang kehilangan tiba-tiba mungkin akan selalu merasa cemas terhadap kemungkinan kehilangan lainnya di masa depan. Pengalaman hidup lainnya, seperti tekanan akademis, masalah keuangan, atau tekanan dari pekerjaan, juga dapat menyebabkan kecemasan. Tekanan ini bisa menjadi kronis dan membuat seseorang merasa terjebak dalam lingkaran kecemasan tanpa akhir. Dr. Gabor Maté, seorang ahli dalam bidang trauma dan kecanduan, menyoroti bahwa banyak dari kecemasan yang kita alami sebenarnya adalah respons terhadap lingkungan yang tidak sehat atau penuh tekanan. Ia mengajak kita untuk melihat kecemasan bukan sebagai gangguan individu semata, tetapi sebagai gejala dari masalah yang lebih besar dalam masyarakat kita.

3) Faktor Lingkungan

Lingkungan tempat kita tumbuh dan hidup memainkan peran besar dalam menentukan tingkat kecemasan kita. Lingkungan yang penuh tekanan, seperti hidup di daerah yang rawan kriminalitas atau bekerja di tempat yang penuh dengan stres, bisa meningkatkan risiko kecemasan. Selain itu, perubahan besar dalam hidup seperti pindah ke kota baru, pernikahan, perceraian,

atau kehilangan pekerjaan juga dapat memicu kecemasan. Semua perubahan ini menuntut individu untuk beradaptasi dengan cepat, dan ketidakmampuan untuk melakukannya bisa menyebabkan kecemasan. Media massa juga tidak bisa diabaikan. Paparan terus-menerus terhadap berita negatif atau menakutkan bisa membuat seseorang merasa dunia adalah tempat yang penuh ancaman, yang pada gilirannya meningkatkan tingkat kecemasan. Contohnya, selama pandemi COVID-19, banyak orang mengalami peningkatan kecemasan karena terus-menerus terpapar berita tentang meningkatnya angka kasus dan kematian.

4) Faktor Sosial

Interaksi sosial dan hubungan antarpribadi memiliki pengaruh yang besar terhadap kesehatan mental kita. Rasa kesepian, isolasi, atau hubungan yang tidak sehat bisa menjadi sumber utama kecemasan. Dalam masyarakat yang semakin terhubung secara digital namun terputus secara emosional, banyak individu merasa kesulitan membangun hubungan yang mendalam dan bermakna, yang pada akhirnya menyebabkan kecemasan sosial. Selain itu, tekanan sosial untuk mencapai standar tertentu dalam hal penampilan, prestasi, atau status sosial juga bisa menjadi pemicu kecemasan. Media sosial sering kali memperkuat tekanan ini dengan memajang kehidupan "sempurna" orang lain, yang bisa membuat seseorang merasa tidak cukup baik. Memahami

penyebab kecemasan adalah langkah penting dalam mengatasinya. Dengan mengetahui akar dari kecemasan, kita bisa lebih mudah mencari cara untuk mengatasi dan mengelola perasaan ini. Kecemasan adalah hasil dari interaksi yang kompleks antara faktor biologis, psikologis, lingkungan, dan sosial. Oleh karena itu, pendekatan yang komprehensif dan holistik dalam mengatasi kecemasan sangat diperlukan.

c. Respon Kecemasan

Sulistyorini, A. (2022) menjelaskan Respons fisiologis berhubungan dengan ansietas diatur terutama oleh otak melalui sistem saraf otonom. Tubuh menyesuaikan secara internal tanpa usaha sadar atau sukarela. Ada dua jenis respons otonom yaitu :

1) Parasimpatik (melindungi respons tubuh)

Untuk beberapa orang reaksi parasimpatis dapat hidup berdampingan atau mendominasi serta menghasilkan efek berlawanan. Reaksi fisiologis lainnya juga mungkin jelas. Beberapa respons fisiologis terhadap ansietas yang dapat diamati perawat yaitu respons fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif.

2) Simpatik (mengaktifkan proses tubuh)

Reaksi simpatik paling sering terjadi pada respons ansietas. Reaksi ini mempersiapkan tubuh untuk menghadapi situasi darurat dengan reaksi fight or Flight. Hal ini dapat memicu sindrom adaptasi umum. Ketika korteks otak merasakan ancaman, otak

akan mengirimkan stimulus ke cabang simpatik dari respons saraf otonom ke kelenjar adrenal. Karena pelepasan epinefrin, maka pernafasan menjadi dalam, jantung berdetak lebih cepat, dan tekanan arteri meningkat. Darah bergeser jauh dari lambung dan usus ke arah jantung, respons saraf pusat, dan otot. Glikogenolisis dipercepat, dan kadar glukosa darah meningkat.

Respons fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif terhadap ansietas adalah :

1) Respons fisiologis

Respons fisiologis yang muncul terhadap ansietas adalah mempengaruhi fungsi dari kerja sistem tubuh.

- a. Pada sistem kardiovaskuler akan terjadi palpitasi, jantung berdebar-debar, peningkatan tekanan darah, penurunan tekanan darah, pingsan dan penurunan denyut nadi.
- b. Pada sistem respirasi akan terjadi nafas cepat, sesak nafas, tekanan pada dada, pernafasan dangkal, tenggorokan tersumbat, sensasi tersedak dan terengah-engah.
- c. Pada sistem gastrointestinal akan terjadi nafsu makan menurun, jijik terhadap makanan, perut tidak nyaman, nyeri perut, mual, rasa panas seperti terbakar dan diare.
- d. Pada sistem neuromuskuler akan terjadi peningkatan refleks, reaksi kejut, kelopak mata berkedut, insomnia, tremor, ketakutan, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang,

kelemahan umum, kaki goyah, gerakan kaku.

- e. Pada sistem perkemihan akan terjadi keinginan untuk buangair kecil dan sering buang air kecil.
- f. Pada kulit akan terjadi wajah memerah, berkeringat lokal (misalnya telapak tangan), gatal, panas dan dingin, wajah pucat dan berkeringat pada seluruh tubuh.

2) Respons perilaku

Respons perilaku klien ansietas memiliki dua aspek yaitu kepribadian dan interpersonal. Tingginya tingkat ansietas dapat memengaruhi koordinasi, gerakan involunter, dan respons serta dapat mengganggu hubungan manusia. Klien ansietas biasanya menarik diri dan mengurangi keterlibatan interpersonal. Respons perilaku yang dapat diamati di antaranya adalah kegelisahan, ketegangan fisik, tremor, reaksi kejut, hypervigilance, bicara cepat, kurangnya koordinasi, rawan kecelakaan, penarikan interpersonal, inhibisi, flight, penghindaran dan hiperventilasi.

3) Respons kognitif

Fungsi kognitif juga dipengaruhi oleh ansietas, menghasilkan masalah konsentrasi, kebingungan, dan pemecahan masalah yang buruk. Respons kognitif klien mungkin ditampilkan saat mengalami ansietas. Adapun respons kognitif yang terjadi adalah terjadinya gangguan perhatian,

konsentrasi yang buruk, lupa, kesalahan penilaian, pre okupasi, pemblokiran pikiran, lapang persepsi menurun, kreativitas berkurang, kebingungan, malu, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, gambar visual menakutkan, takut cedera atau kematian, kilas balik dan mimpi buruk.

4) Respons afektif

Respons afektif dari ansietas dapat dikaji dari reaksi emosional klien melalui gambaran subjektif dari pengalaman pribadi klien. Respons afektif yang terjadi akibat ansietas adalah kegelisahan, ketidaksabaran, rasa gelisah, ketegangan, gugup, takut, ketakutan, frustrasi, ketidakberdayaan, alarm, teror, jitteriness, jumpiness, mati rasa, dan perasaan bersalah.

d. Tingkatan Kecemasan

Peplau (1963), Issacs (2005) serta Videback (2008) ; Stuart (2016) mengategorikan ansietas menjadi empat tingkatan beserta tanda dan gejalanya yakni :

1) Ansietas Ringan

Ansietas ringan terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari. Selama hidup ini seseorang waspada dan lapang persepsi meningkat. Kemampuan seseorang untuk melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. Jenis ansietas ringan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitasnya.

2) Ansietas Sedang

Ansietas sedang, di mana seseorang hanya berfokus pada hal yang penting saja, lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, kurang mendengar dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Ansietas Berat

Ansietas berat ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Cenderung memfokuskan pada hal detail dan tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ansietas, dan banyak arahan yang dibutuhkan untuk fokus pada area lain.

4) Tingkat panik

Panik dikaitkan dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal bahkan dengan arahan. Gejala panik adalah peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyempit, dan kehilangan pemikiran rasional. Orang panik tidak mampu berkomunikasi atau berfungsi secara efektif. Tingkat ansietas ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan. Kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian. Tapi panik dapat diobati dengan aman dan efektif. (Sulistiyorini, A.,

2022).

Kecemasan Pra Operasi Katarak Kecemasan pra operasi adalah perasaan sebelum melakukan tindakan operasi yang sudah diketahui, dan muncul dari gangguan intrusi yang dirasakan. Kecemasan pra operasi katarak dapat mempengaruhi sebagian besar pasien meskipun sudah ada kemajuan dalam teknik operasi maupun dalam tindakan anestesi, sehingga diperlukan konseling yang tepat untuk mengurangi rasa cemas ataupun rasa takut pada pasien yang akan melakukan tindakan operasi katarak (Ramirez, 2017).

e. Alat Ukur Kecemasan

Instrumen Zung Self-rating Anxiety Scale digunakan dalam penelitian ini karena alat ukur tersebut merupakan alat ukur yang sudah baku dan seringkali digunakan dalam mengukur gambaran psikologis kecemasan. Alat ukur ini pun sudah dialihbahasa kedalam bahasa Indonesia, seperti oleh Nasution et al., (2013). Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZRAS) ZRAS atau SAS merupakan penilaian rancangan William W.K.Zung untuk menilai kecemasan. Alat ukur Zung dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-II). Terdapat dua puluh pertanyaan, dengan setiap pertanyaan diberi skor dari 1 hingga 4; skor tertinggi adalah "tidak pernah", "kadang-kadang" "sebagian waktu", dan "hampir setiap waktu". Lima belas pertanyaan ditujukan untuk

meningkatkan kecernasan dan lima belas pertanyaan ditujukan mengenai cara menurunkannya. (Setyowati, Chung & Yusuf, 2019)

Rentang penilaian 20-80 dengan pengelompokan antara lain:

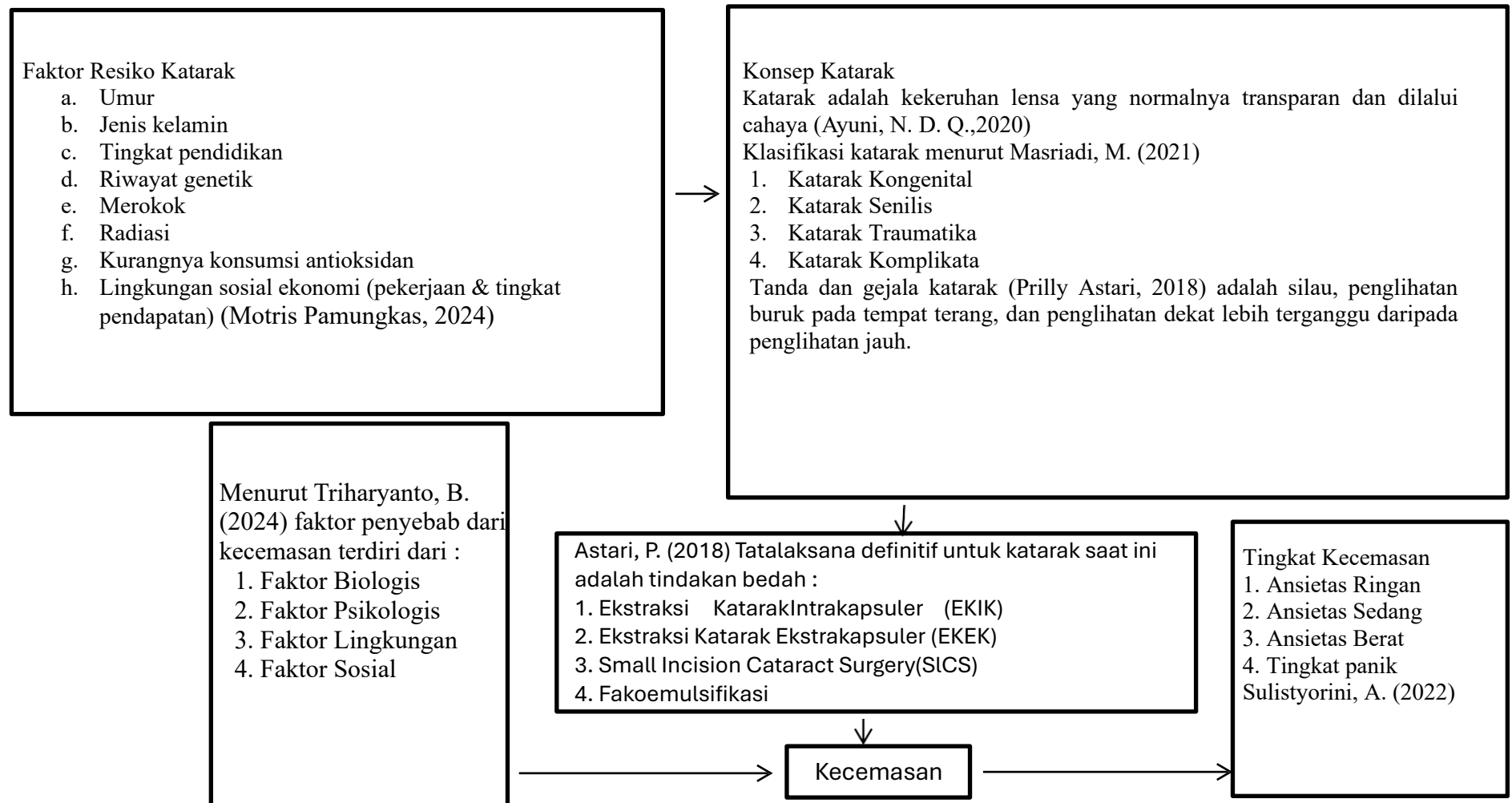
Skor 20-39 : tidak cernas/nornnal

Skor 40-47: kecemasan ringan

Skor 48-55: kecemasan sedang

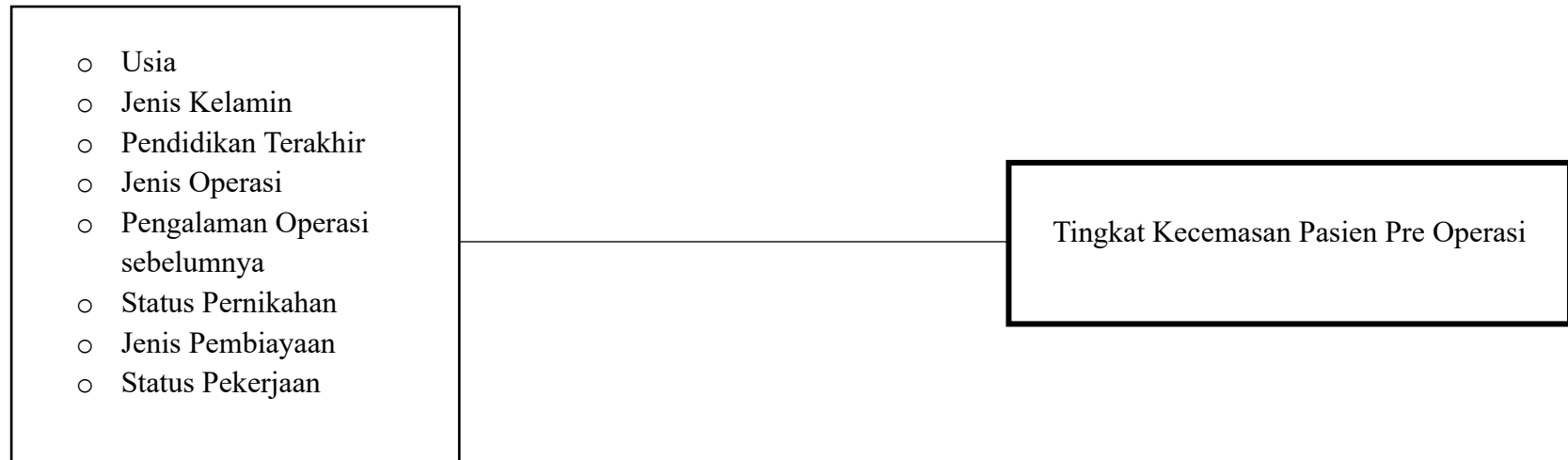
Skor 56-80: kecemasan berat


B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



 = Variabel yang di teliti

Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Variabel Penelitian

Penelitian ini terdiri dari satu variabel yaitu tingkat kecemasan (variabel independen).

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan *deskriptif*. Penelitian Deskriptif merupakan jenis penelitian yang menafsirkan keadaan yang terjadi saat ini, dan lebih lanjut menurut Fernandes (2018) merupakan suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang ada, baik fenomena alamiah maupun fenomena buatan manusia (Zulfikar.R et al, 2024). Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan Tingkat Kecemasan pada pasien preoperasi katarak di kamar operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada satu waktu tertentu tanpa intervensi.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang menjadi sasaran penelitian dan akan diambil sampel dari populasi tersebut (Satriadi et al., 2023). Populasi dalam penelitian ini pada tahun 2024 sebanyak 540, yang tiap bulan rata-rata pasien operasi katarak sebanyak 30-40 pasien, yaitu semua pasien yang akan menjalani operasi katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti secara mendalam (Satriadi et al., 2023). Sampel yang digunakan adalah sebagian pasien pre-operasi katarak yang memenuhi kriteria yang sudah ditentukan

peneliti yang berada di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Perhitungan besar sampel menggunakan Rumus Slovin. Rumus Slovin digunakan apabila populasi yang kamu teliti berjumlah kurang dari 100 orang.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan:

n= sampel N= populasi e= tingkat kesalahan, untuk penelitian kuantitatif menggunakan tingkat 10%

Perhitungan besar sampel menggunakan perhitungan rumus Slovin dari data populasi pada tahun 2024 sebanyak 520, yang tiap bulan rata-rata pasien operasi katarak sebanyak 30-40 pasien.

Perhitungan Ukuran Sampel dengan Rumus Slovin

Diketahui:

Ukuran Populasi (N) = 100

Margin of Error (e) = 5% = 0.05

Rumus Slovin

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Substitusi Nilai:

$$n = \frac{100}{1 + (100 \times 0.05^2)} \quad n = \frac{100}{1 + (100 \times 0.0025)} \quad n = \frac{100}{1 + 0.25} \quad n = \frac{100}{1.25} \quad n = 80$$

Hasil akhir :

Sampel harus berupa bilangan bulat, maka hasilnya 80 responden.

3. Kriteria Sampel

Sampel yang dipilih dalam penelitian ini, harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel ee sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan batasan yang dipakai menentukan agar sampel merupakan representasi populasi. kriteria inklusi harus identik dengan kriteria populasi terjangkau (Widarsa et al., 2022). Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi;

- 1) Pasien yang sudah di jadwalkan untuk operasi.
- 2) Pasien yang akan di operasi katarak.
- 3) Memiliki fungsi pendengaran yang baik dibuktikan dengan bisa diajak berkomunikasi

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan batasan yang ditetapkan untuk menyaring atau mengeluarkan individu yang sudah memenuhi kriteria inklusi dari sampel dengan tujuan menjaga validitas data, menjamin keselamatan calon sampel dan mengendalikan variabel perancu yang kuat (Widarsa et al., 2022). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi;

- 1) Pasien katarak yang tidak dinyatakan untuk operasi katarak (glaukoma, kerusakan mata total)
- 2) Responden yang tidak menyelesaikan pengisian kuesioner

C. Defenisi Operasional

Tabel 3. 1Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak	Kecemasan didefinisikan sebagai suatu kondisi yang menyebabkan seseorang merasa tidak nyaman, gelisah, takut, khawatir, dan tidak tenang diikuti oleh berbagai gejala fisik. penilaian terhadap berat tingannya kecemasan yang dialami pasien preoperasi	Kuesioner Tingkat kecemasan menggunakan Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZRAS) atau SAS).	Nilai Akhir ZRAS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skor 20-39 : tidak cernas/nornnal ▪ Skor 40-47: kecemasan ringan ▪ Skor 48-55: kecemasan sedang ▪ Skor 56-80: kecemasan berat 	Ordinal

D. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruang Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada tanggal 20 Maret s/d 30 Juni 2025.

E. Alat Pengumpul Data

Instrumen merupakan alat yang berfungsi untuk mengukur suatu variabel dan memiliki kegunaan untuk mengumpulkan data penelitian berupa data kualitatif maupun data kuantitatif. Data kualitatif ini yaitu data nonangka seperti kata, gambar, dan yang lainnya. Sedangkan data kuantitatif yaitu data yang berbentuk atau bersifat angka (Widiana et al., 2023). *Instrumen* yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner. Menurut (Rifkhan, 2023) kuesioner adalah *instrumen* yang berisi daftar pertanyaan, biasa digunakan dalam mengumpulkan data penelitian dari responden, kuesioner berisi serangkaian pertanyaan yang dibuat

secara terstruktur. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner terstruktur.

Kuesioner terdiri dari empat bagian:

1. Data Demografi, meliputi : nama/inisial, usia, riwayat operasi katarak, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan Pekerjaan.
2. Kuesioner : Untuk mengukur tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak.

F. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Administrasi

- a. Membuat surat permohonan izin penelitian dari kampus ditujukan ke direktur RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid selanjutnya ke unit Pendidikan dan pelatihan
- b. Memberikan surat izin penelitian ke direktur RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid yang diteruskan ke unit pendidikan dan pelatihan
- c. Mendapatkan izin dari RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
- d. Menentukan lokasi penelitian yaitu ruang Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
- e. Memilih responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
- f. Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden dan meminta kesediaan sebagai responden
- g. Melakukan pengambilan data dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi yang telah disiapkan peneliti
- h. Memperoleh surat keterangan dari RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar (Unit Pendidikan dan Pelatihan) telah melakukan penelitian

2. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian dimaksudkan sebagai pencatatan peristiwa atau karakteristik dari sebagian atau seluruh elemen populasi penelitian (Misbahuddin & Hasan, 2013). Pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan angket (kuesioner). Menurut (Misbahuddin & Hasan, 2013) penggunaan kuesioner adalah cara pengumpulan data dengan menggunakan daftar pertanyaan (*angket*) atau daftar isian terhadap objek yang diteliti (populasi atau sampel). Prosedur pengumpulan data meliputi:

- a. Melakukan *informed consent* kepada responden.
- b. Membagikan kuesioner untuk mengukur tingkat kecemasan pasien preoperasi.
- c. Mengumpulkan dan memverifikasi data.

G. Rencana Analisa Data

Data yang telah diolah dilanjutkan dengan analisa data. Dalam penelitian ini analisis data dilakukan secara *deskriptif* dengan menyesuaikan desain penelitian yang digunakan. Menurut (Djaali, 2021) analisis deskriptif adalah jenis analisis data yang dimaksudkan untuk menyajikan keadaan atau karakteristik data sampel, untuk masing-masing variabel penelitian secara tunggal. Analisis *deskriptif* dilakukan dengan menggunakan teknik-teknik statistika *deskriptif*, yang meliputi tabel frekuensi, grafik, ukuran pemusatan, dan ukuran penyebaran. Tabel frekuensi dan grafik dapat digunakan untuk semua jenis skala pengukuran dari variabel, baik variabel yang skala pengukurannya nominal, ordinal, maupun interval dan rasio.

H. Etika Penelitian

Penelitian yang telah dilakukan ini memenuhi unsur etika dalam penelitian meliputi;

1. Menghormati (*Respect the Person*)

Yakni menghargai semua orang yang terlibat dalam rencana kegiatan penelitian yang dilakukan. Dalam prinsip ini disebutkan ada 2 hal wajib diperhatikan: (1). Peneliti harus mempertimbangkan secara mendalam terhadap kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian (hasil penelitian) dan (2). Terhadap subjek penelitian yang rentan terhadap bahaya penelitian, maka perlu diberikan perlindungan (Sukmawati et al., 2023).

2. Manfaat (*Beneficence*)

Prinsip etika penelitian yang kedua adalah manfaat atau beneficence. Prinsip utamanya adalah kegiatan dan hasil penelitian memiliki manfaat sebesar-besarnya dan memiliki kerugian sekecil-kecilnya. Sehingga manfaat penelitian lebih maksimal dengan resiko yang lebih minimal. Mencapai hal tersebut dibutuhkan beberapa aspek pendukung, seperti: (1). Kegiatan penelitian yang direncanakan dengan matang, atau disusun dengan tepat dan akurat. (2). Kegiatan penelitian dilaksanakan oleh mereka yang memang kompeten dan ahli di bidangnya. (3). Subjek dalam kegiatan penelitian terjaga keselamatan dan kesehatannya (Sukmawati et al., 2023).

3. Tidak Membahayakan Subjek Penelitian (*Non Maleficence*)

Kegiatan penelitian tidak membahayakan keselamatan dan kesehatan dari subjek penelitian. Hal ini sesuai prinsip Manfaat yang sudah dijelaskan sebelumnya. Selain itu, fokus utama dalam prinsip ini adalah mengurangi

bahaya atau dampak negatif dari kegiatan maupun hasil penelitian yang dilakukan (Sukmawati et al., 2023).

4. Keadilan (*Justice*)

Keadilan atau justice berarti ada keadilan dan keseimbangan terhadap semua aspek penelitian. Diantaranya: (1). Semua subjek penelitian diperlakukan dengan baik dan (2). Keseimbangan antara manfaat dan resiko, dimana diupayakan memaksimalkan manfaat dan meminimalkan resiko (Sukmawati et al., 2023).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, yang berlokasi di Jalan Paccerrakkang No. 67, Daya, Kecamatan Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan. RSUP Dr. Tadjuddin Chalid merupakan salah satu rumah sakit vertikal milik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang memiliki peran strategis sebagai rumah sakit rujukan di wilayah Indonesia Timur.

Rumah sakit ini memiliki status sebagai rumah sakit tipe B dengan layanan unggulan, antara lain bedah vaskular, pelayanan kesehatan mata, rehabilitasi medik, dan layanan geriatri. Sebagai institusi pelayanan kesehatan, rumah sakit ini juga berfungsi sebagai wahana pendidikan, penelitian, serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Kamar operasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid dilengkapi dengan fasilitas dan tenaga kesehatan yang memadai, serta memiliki sistem pelayanan yang terstandar sesuai dengan protokol medis yang berlaku. Kamar operasi menjadi salah satu unit penting dalam proses tindakan pembedahan, termasuk prosedur operasi katarak yang menjadi fokus utama dalam penelitian ini.

Pemilihan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebagai lokasi penelitian didasarkan pada sejumlah pertimbangan strategis. Rumah sakit ini berstatus sebagai fasilitas rujukan nasional untuk layanan spesialisik dan

subspesialistik, serta berperan sebagai pusat rujukan regional yang menangani berbagai kasus operasi katarak dari wilayah Sulawesi Selatan dan sekitarnya. Selain itu, jumlah pasien yang menjalani tindakan operasi katarak di rumah sakit ini tergolong tinggi setiap tahunnya. Oleh karena itu, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dinilai sebagai lokasi yang relevan dan representatif dalam mengidentifikasi tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak berdasarkan karakteristik demografis yang menjadi fokus penelitian.

Penelitian ini di laksanakan pada tanggal 20 Maret s/d 30 Juni 2025 di ruang Kamar Operasi RSUP Tadjuddin Chalid Makassar. Total responden yang diperoleh selama penelitian sebanyak 80 orang. Setelah data dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data sesuai dengan tujuan penelitian. Hasil, pembahasan dan keterbatasan penelitian dijelaskan sebagai berikut:

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak

Tabel 4.1 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tidak cemas (20–39)	10	12,5
Ringan (40–47)	33	41,3
Sedang (48–55)	27	33,8

Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Berat (56–80)	10	12,5
Total	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Berdasarkan Tabel 4.1, diketahui bahwa sebagian besar pasien preoperasi katarak berada pada kategori kecemasan ringan, yaitu sebanyak 33 responden (41,3%). Kategori terbanyak kedua adalah kecemasan sedang, yang dialami oleh 27 responden (33,8%). Sementara itu, 10 responden (12,5%) tercatat tidak mengalami kecemasan (kategori normal), dan 10 responden lainnya (12,5%) berada dalam kategori kecemasan berat.

Temuan ini mengindikasikan bahwa mayoritas pasien mengalami kecemasan sebelum menjalani operasi katarak, dengan proporsi yang cukup signifikan pada tingkat ringan dan sedang. Hal ini menegaskan pentingnya intervensi keperawatan preoperatif yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik, tetapi juga mencakup pendekatan psikologis guna membantu pasien dalam mengelola kecemasan.

b. Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia

Tabel 4. 2 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak Berdasarkan Kelompok Umur di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Umur	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat		Total	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dewasa Muda (30–39)	5	6.25	3	3.75	7	8.75%	2	2.5	17	21.25
Dewasa Tua (40–59)	5	6.25	18	22.5	13	16.25	4	5	40	50
Lansia (60–70)	0	0	12	15	7	8.75	4	5	23	28.75
Total	10	12,5	33	41,25	27	33.75	10	12.5	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Data pada table 4.2 menunjukkan bahwa dari 17 responden (21,25%) kelompok usia dewasa muda (30–39 tahun), sebagian besar berada pada kategori kecemasan sedang sebanyak 7 orang, diikuti oleh kategori tidak cemas sebanyak 5 orang, kecemasan ringan 3 orang, dan kecemasan berat 2 orang. Pada kelompok usia dewasa tua (40–59 tahun) sebanyak 40 responden (50%), mayoritas mengalami kecemasan ringan sebanyak 18 orang, disusul kecemasan sedang 13 orang, tidak cemas 5 orang, dan kecemasan berat sebanyak 4 orang. Sementara itu, dari 23 responden (28,75%) berusia lanjut (60–70 tahun), sebagian besar berada pada kategori kecemasan ringan sebanyak 12 orang, kemudian kecemasan sedang 7 orang, dan kecemasan berat 4 orang, tanpa responden dalam kategori tidak cemas.

c. Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4. 3 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak Berdasarkan Jenis Kelamin di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Jenis Kelamin	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	6	7,5	10	12,5	8	10	4	5	28	35
Perempuan	4	5	23	28,75	19	23,75	6	7,5	52	65
Total	10	12,5	33	41,25	27	33,75	10	12,5	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Data pada table 4.3 menunjukkan bahwa dari total 80 responden, laki-laki berjumlah 28 orang (32%) dan perempuan 52 orang (65%). Pada kelompok laki-laki, mayoritas berada pada kategori kecemasan ringan (10 orang), diikuti kecemasan sedang (8 orang), tidak cemas (6 orang), dan kecemasan berat (4 orang). Pada kelompok perempuan, tingkat kecemasan terbanyak berada pada kategori ringan sebanyak 23 orang, disusul kecemasan sedang sebanyak 19 orang, kecemasan berat 6 orang, dan tidak cemas sebanyak 4 orang.

d. Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Riwayat Operasi

Tabel 4. 4 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak Berdasarkan Riwayat Operasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Riwayat Operasi	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak	3	3,75	10	12,5	13	16,25	6	7,5	32	40
Ya	7	8,75	23	28,75	14	17,5	4	5	48	60
Total	10	12,5	33	41,25	27	33,75	10	12,5	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Data pada table 4.4 menunjukkan bahwa Responden yang memiliki riwayat operasi katarak berjumlah 48 orang (60%), sedangkan yang belum pernah menjalani operasi sebanyak 32 orang (40%). Pada kelompok tanpa riwayat operasi, tingkat kecemasan terbanyak berada pada kategori sedang (13 orang), diikuti kecemasan ringan (10 orang), kecemasan berat (6 orang), dan tidak cemas (3 orang). Sementara itu, responden dengan riwayat operasi sebagian besar berada pada kategori kecemasan ringan (23 orang), diikuti sedang (14 orang), tidak cemas (7 orang), dan kecemasan berat (4 orang).

e. Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4. 5 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak Berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Pendidikan	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SD	2	2,5	4	5	3	3,75	4	5	13	16,25
SMP	0	0	6	7,5	3	3,75	4	5	13	16,25
SMA	2	2,5	6	7,5	6	7,5	1	1,25	15	18,75
Sarjana	6	7,5	17	21,25	15	18,75	1	1,25	39	48,75
Total	10	12,5	33	41,25	27	33,75	10	12,5	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Data pada table 4.5 menunjukkan bahwa dari 80 responden, mayoritas berasal dari kelompok pendidikan sarjana sebanyak 39 orang (48,75%), diikuti oleh pendidikan SMA sebanyak 15 orang (18,75%), serta pendidikan SD dan SMP masing-masing sebanyak 13 orang (16,25%). Pada kelompok Sarjana, distribusi tingkat kecemasan menunjukkan bahwa mayoritas berada pada kategori kecemasan ringan, yaitu 17 orang, diikuti oleh kategori kecemasan sedang sebanyak 15 orang, kategori tidak cemas sebanyak 6 orang, dan hanya 1 orang yang termasuk dalam kategori kecemasan berat. Dari 15 responden berpendidikan SMA, masing-masing 2 orang berada pada kategori tidak cemas, 6 orang dalam kategori ringan, dan 6 orang juga dalam kategori sedang, serta 1 orang dalam kategori berat. Pada kelompok pendidikan SD, dari total 13 responden, kategori kecemasan ringan (4 orang), lalu kecemasan berat sebanyak 4 orang, kecemasan sedang (3 orang), dan kategori tidak cemas (2

orang). Sedangkan pada kelompok SMP, terdapat 6 orang dengan kecemasan ringan, 3 orang dalam kategori kecemasan sedang, serta 4 orang berada dalam kategori kecemasan berat. Tidak ditemukan responden dari kelompok ini yang berada dalam kategori tidak cemas.

f. Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4. 6 Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak Berdasarkan Pekerjaan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Pekerjaan	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buruh	4	5	5	6,25	5	6,25	3	3,75	17	21,25
IRT	3	3,75	6	7,5	4	5	2	2,5	15	18,75
PNS	3	3,75	11	13,75	5	6,25	5	6,25	24	30
Pedagang	0	0	9	11,25	3	3,75	0	0	12	15
Petani	0	0	2	2,5	10	12,5	0	0	12	15
Total	10	12,5	33	41,25	27	33,75	10	12,5	80	100

Sumber: Data primer, 2025

Data pada table 4.6 menunjukkan bahwa responden dengan latar belakang pekerjaan sebagai buruh/pekerja lapangan 17 orang (21,25%) menunjukkan variasi tingkat kecemasan yang cukup merata. Sebanyak 4 orang responden tidak mengalami kecemasan, dalam kategori ringan 5 orang responden, sedang 5 orang responden, dan berat 3 orang responden. Responden yang berstatus sebagai ibu rumah tangga (IRT) berjumlah 15 orang (18,75%), dengan kecemasan ringan sebagai kategori terbanyak 6 orang, disusul oleh kecemasan sedang 4 orang, tidak cemas 3 orang, dan kecemasan berat 2 orang. Responden yang bekerja sebagai pegawai negeri sipil

(PNS) merupakan kelompok terbanyak dalam penelitian ini, yakni 24 orang (30%). Mayoritas berada pada kategori kecemasan ringan (11 orang), disusul oleh kecemasan sedang dan berat masing-masing 5 orang, serta tidak cemas sebanyak 3 orang. Responden pedagang berjumlah 12 orang (15%), dengan distribusi yang didominasi oleh kecemasan ringan sebanyak 9 orang, dan sisanya 3 orang mengalami kecemasan sedang. Tidak ditemukan pedagang dalam kategori tidak cemas maupun kecemasan berat. Responden petani juga berjumlah 12 orang (15%), dengan dominasi pada kategori kecemasan sedang sebanyak 10 orang, dan 2 orang pada kategori ringan. Tidak ada responden dari kelompok petani yang masuk dalam kategori tidak cemas atau kecemasan berat.

B. Pembahasan

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif bertujuan untuk menggambarkan tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak di kamar operasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Pengukuran tingkat kecemasan dilakukan menggunakan instrumen Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS) yang terdiri dari 20 item pernyataan. Data diklasifikasikan ke dalam empat kategori kecemasan, yakni: tidak cemas (skor 20–39), kecemasan ringan (40–47), kecemasan sedang (48–55), dan kecemasan berat (56–80). Berikut ini pembahasan tiap karakteristik responden :

Tindakan operasi sangat berpengaruh pada kecemasan pasien, banyak hal yang dapat mempengaruhi kecemasan itu sendiri diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan (Putri *et al.*, 2022).

1. Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Katarak

Tingkat kecemasan pasien sebelum menjalani operasi katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar didominasi oleh kategori kecemasan ringan, yaitu sebanyak 33 orang (41,3%). Kategori terbanyak kedua adalah kecemasan sedang dengan jumlah 27 orang (33,8%). Sementara itu, masing-masing sebanyak 10 responden (12,5%) termasuk dalam kategori tidak cemas (normal) dan kecemasan berat.

Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien mengalami gejala kecemasan menjelang pelaksanaan tindakan operasi, meskipun mayoritas berada pada tingkat ringan hingga sedang. Kondisi ini sangat wajar terjadi karena operasi katarak, meskipun tergolong prosedur rutin dan berisiko rendah, tetap menjadi pengalaman yang menimbulkan kekhawatiran bagi pasien, khususnya terkait ketidakpastian hasil, potensi komplikasi, serta proses pelaksanaan prosedur itu sendiri.

Temuan ini sejalan dengan penelitian Loihala et al., (2019) dimana rata-rata responden mengalami kecemasan ringan sebanyak 27 orang (73%). Penelitian lain yang juga menyebutkan bahwa tingkat kecemasan pada pasien yang akan menjalani operasi mayoritas mengalami kecemasan yang ringan yakni sebanyak 23 orang (62,5%) (Amalia et al., 2022). Kecemasan merupakan sebuah respon emosi yang dimunculkan pada diri seseorang tanpa alasan yang jelas atau spesifik dan dialami secara subjektif dan dapat dikomunikasikan secara interpersonal. Isi dari rasa cemas sendiri biasanya mengenai kebingungan, kekhawatiran pada

sesuatu yang baru akan terjadi dan muncul tanpa sebab yang jelas dan dikaitkan dengan perasaan yang tidak menentu dan ketidakberdayaan (Dewi & Wati, 2021).

Dari sudut pandang peneliti, kecemasan preoperatif merupakan respons emosional yang umum dialami pasien ketika menghadapi intervensi medis yang invasif, terlebih lagi pada prosedur yang menyangkut fungsi penglihatan. Ketajaman penglihatan memiliki dampak langsung terhadap kualitas hidup, sehingga adanya ketakutan kehilangan penglihatan atau hasil operasi yang tidak sesuai harapan dapat memicu reaksi kecemasan.

Tingkat kecemasan yang ditemukan dalam penelitian ini menunjukkan urgensi adanya intervensi keperawatan preoperatif yang bersifat menyeluruh. Upaya tersebut mencakup tidak hanya persiapan fisik, tetapi juga pendekatan psikososial dan edukatif. Edukasi praoperatif yang diberikan secara sistematis dapat membantu menurunkan kecemasan pasien dengan meningkatkan pemahaman mereka terhadap prosedur, hasil yang diharapkan, serta proses pemulihan.

Dengan demikian, hasil penelitian ini peneliti berasumsi bahwa tingkat kecemasan pada pasien preoperasi katarak masih tergolong cukup tinggi, dan diperlukan strategi intervensi keperawatan yang komprehensif untuk mengurangi dampak psikologis yang dapat mengganggu kesiapan pasien terhadap tindakan bedah.

2. Tingkat Kecemasan Berdasarkan Usia

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar bervariasi menurut kelompok umur. Dari 80 pasien yang diteliti, sebagian besar mengalami kecemasan ringan (41,25%), diikuti oleh kecemasan sedang (33,75%), kecemasan berat (12,5%), dan tidak cemas (12,5%). Jika dilihat berdasarkan kategori usia, kelompok dewasa tua (40–59 tahun) mendominasi jumlah responden dengan tingkat kecemasan tertinggi, diikuti oleh kelompok lansia (60–70 tahun), dan dewasa muda (30–39 tahun).

Kelompok dewasa tua menunjukkan proporsi kecemasan ringan dan sedang yang lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya. Hal ini dapat dikaitkan dengan masih aktifnya peran sosial dan produktif dalam kehidupan sehari-hari, sehingga kekhawatiran terhadap dampak operasi terhadap fungsi penglihatan dan aktivitas menjadi lebih signifikan. Selain itu, kekhawatiran terhadap proses operasi dan hasil pascaoperasi juga dapat memperbesar respon kecemasan, terutama pada pasien yang belum pernah menjalani tindakan medis serupa.

Kelompok lansia juga menunjukkan kecenderungan mengalami kecemasan yang cukup tinggi, terutama pada kategori ringan dan berat. Hal ini diduga berkaitan dengan kondisi fisiologis yang menurun, adanya penyakit penyerta (komorbid), serta keterbatasan sosial dan emosional, yang menjadikan mereka lebih rentan terhadap gangguan

psikologis. Lansia mungkin juga memiliki kekhawatiran yang lebih besar terhadap kemungkinan komplikasi atau hasil yang tidak sesuai harapan.

Sebaliknya, kelompok dewasa muda cenderung menunjukkan kecemasan yang lebih rendah, dengan proporsi "tidak cemas" yang relatif besar. Hal ini dapat diasumsikan karena kelompok usia ini memiliki akses informasi yang lebih luas, pemahaman medis yang lebih baik, serta kemampuan coping yang lebih efektif dalam menghadapi situasi stres seperti operasi.

Temuan ini sejalan dengan teori Lazarus dan Folkman yang menjelaskan bahwa kecemasan merupakan hasil dari penilaian individu terhadap suatu situasi sebagai ancaman dan kemampuannya untuk menghadapinya. Usia menjadi salah satu faktor intrinsik yang memengaruhi persepsi tersebut. Selain itu, teori adaptasi dari Roy juga mendukung bahwa respon adaptif seseorang terhadap stresor sangat tergantung pada kondisi biologis, psikologis, dan sosialnya.

Hasil ini diperkuat oleh penelitian Wahyuni (2020) yang menemukan bahwa pasien usia di atas 40 tahun cenderung mengalami kecemasan sedang hingga berat sebelum menjalani operasi katarak. Sutrisna et al. (2021) juga menyatakan bahwa kelompok lansia lebih rentan mengalami kecemasan karena merasa tidak mampu menghadapi kemungkinan risiko operasi. Sementara itu, Aisyah (2019) menunjukkan bahwa edukasi yang tepat secara signifikan menurunkan

kecemasan pasien sebelum operasi, terutama bagi mereka yang memiliki pemahaman rendah terhadap tindakan medis.

Peneliti berasumsi bahwa kecemasan menjelang tindakan operasi dapat dialami oleh semua kelompok usia, namun lansia tampak lebih rentan terhadap kecemasan meskipun pada tingkat ringan. Hal ini dapat disebabkan oleh meningkatnya kekhawatiran terhadap risiko tindakan medis seiring bertambahnya usia, serta potensi penurunan kondisi fisik dan daya tahan tubuh. Selain itu, penelitian ini juga berasumsi bahwa setiap responden menjawab kuesioner secara jujur dan memahami instrumen yang digunakan, sehingga data yang diperoleh mencerminkan kondisi psikologis aktual. Lingkungan rumah sakit, interaksi dengan tenaga kesehatan, dan dukungan keluarga juga diasumsikan tidak memberikan perbedaan signifikan antar kelompok umur dalam konteks ini.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa usia memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan pasien praoperasi katarak. Intervensi edukatif dan psikososial yang disesuaikan dengan usia dan kebutuhan emosional pasien menjadi penting untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesiapan mental sebelum operasi.

3. Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Kelamin

Dari segi jenis kelamin, responden perempuan mendominasi jumlah partisipan dalam penelitian ini. Kecemasan ringan dan sedang paling banyak dialami oleh perempuan, sedangkan laki-laki

menunjukkan proporsi yang relatif lebih tinggi pada kategori tidak cemas.

Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Jaquelyn dkk. menunjukkan bahwa perempuan memiliki risiko kecemasan yang meningkat hingga lima kali lipat dibandingkan dengan laki-laki. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Basofi, 2016) mengatakan bahwa kecemasan yang berhubungan dengan operasi lebih sering dialami oleh perempuan, perempuan lebih mudah menunjukkan kecemasan yang dialaminya dibandingkan laki-laki.

Peneliti bahwa perempuan cenderung lebih ekspresif dalam menghadapi situasi penuh tekanan, termasuk kondisi medis. Faktor hormonal, beban psikososial, dan persepsi terhadap risiko operasi dapat mempengaruhi intensitas kecemasan. Meski demikian, temuan ini juga mengindikasikan pentingnya pendekatan psikososial berbasis gender dalam edukasi preoperatif.

4. Tingkat Kecemasan Berdasarkan Riwayat Operasi Katarak

Responden yang sudah pernah menjalani operasi cenderung lebih banyak berada pada kategori kecemasan ringan dan sedang, sementara responden tanpa riwayat operasi memiliki proporsi kecemasan sedang dan berat yang lebih besar.

Asumsi peneliti terhadap hal ini adalah bahwa bahwa pengalaman sebelumnya dapat membentuk persepsi pasien terhadap tindakan operasi. Sehingga responden yang sudah pernah dioperasi sebelumnya,

tingkat kecemasan mereka pun sangat rendah bahkan tidak cemas sama sekali.

5. Tingkat Kecemasan Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi kecemasan juga menunjukkan variasi yang cukup mencolok jika dilihat berdasarkan latar belakang pendidikan. Responden dengan pendidikan sarjana sebagian besar mengalami kecemasan ringan, dan hanya sedikit yang berada pada kategori berat. Sebaliknya, responden dengan pendidikan dasar (SD dan SMP) cenderung menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih tinggi, dengan dominasi pada kategori sedang dan berat.

Temuan ini sejalan dengan penelitian (Yusmaidi *et al.*, 2016) menyatakan bahwa pendidikan dan pengetahuan terhadap informasi terkait tindakan pembedahan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien. Kurangnya informasi yang diperoleh pasien baik dari dokter, perawat, keluarga maupun media pembelajaran dapat membuat seseorang menjadi khawatir dan bahkan takut untuk menghadapi operasi.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa faktor tingkat pendidikan dapat berperan dalam membentuk pemahaman individu terhadap kondisi kesehatan dan prosedur medis yang akan dijalani. Semakin tinggi pendidikan, semakin besar kemungkinan seseorang memiliki literasi kesehatan yang baik dan kemampuan dalam mengelola informasi serta emosi terkait kondisi medisnya.

6. Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Pekerjaan juga menjadi salah satu aspek yang memengaruhi tingkat kecemasan pasien. Responden berprofesi sebagai buruh menunjukkan distribusi kecemasan yang merata di semua kategori, termasuk kecemasan berat. Sementara ibu rumah tangga lebih banyak mengalami kecemasan ringan, meskipun sebagian tetap berada pada kategori sedang dan berat.

Pegawai negeri sipil (PNS) merupakan kelompok terbesar, dengan dominasi pada kategori kecemasan ringan. Pedagang menunjukkan distribusi yang paling ringan, yaitu dominan dalam kategori ringan dan tanpa kasus kecemasan berat. Sebaliknya, petani menunjukkan konsentrasi yang sangat tinggi pada kategori kecemasan sedang, tanpa satupun berada di kategori tidak cemas maupun berat.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh (Panonsih et al., 2020) yang menyatakan ada hubungan antara status pekerjaan dengan tingkat kecemasan seseorang. Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa profesi atau pekerjaan yang bersifat informal dan memiliki keterbatasan akses kesehatan serta pendidikan (seperti petani dan buruh) lebih cenderung mengalami kecemasan yang lebih tinggi dibanding profesi formal dengan tingkat stabilitas sosial ekonomi yang lebih baik.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan

dalam interpretasi hasil dan penerapannya di lapangan. Pertama, penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif yang hanya menggambarkan tingkat kecemasan pasien preoperasi katarak tanpa melakukan analisis hubungan atau pengaruh antara variabel-variabel yang diteliti. Oleh karena itu, hasil yang diperoleh belum dapat dijadikan dasar untuk menyimpulkan adanya hubungan sebab-akibat antar faktor demografis dengan tingkat kecemasan.

Kedua, data yang diperoleh bersumber dari satu lokasi, yaitu di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, sehingga temuan ini memiliki keterbatasan dalam generalisasi terhadap populasi yang lebih luas atau di luar institusi tersebut. Perbedaan karakteristik institusi, budaya lokal, dan sistem pelayanan kesehatan dapat memengaruhi hasil jika penelitian dilakukan di tempat lain. Ketiga, penggunaan instrumen berupa kuesioner Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS) yang bersifat self-report dapat menimbulkan bias subjektivitas, karena hasil pengisian sangat bergantung pada pemahaman dan kejujuran responden dalam menjawab. Dalam kondisi preoperasi, tidak semua pasien memiliki kesiapan psikologis atau konsentrasi yang optimal saat mengisi kuesioner, yang dapat memengaruhi akurasi penilaian kecemasan.

Keempat, penelitian ini tidak mengeksplorasi faktor-faktor lain yang mungkin berperan terhadap kecemasan, seperti dukungan keluarga, pengalaman traumatis sebelumnya, atau kondisi psikologis yang mendasari, yang sebenarnya dapat memberikan gambaran yang lebih

menyeluruh terhadap kecemasan pasien sebelum operasi. Keterbatasan-keterbatasan ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya agar dilakukan pengembangan desain studi, perluasan wilayah cakupan, serta pengayaan variabel yang diteliti guna memperoleh hasil yang lebih komprehensif dan mendalam.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat kecemasan preoperasi katarak bukan hanya dipengaruhi oleh kondisi medis, tetapi juga sangat terkait dengan karakteristik sosiodemografis pasien. Oleh karena itu, penting bagi tim kesehatan, khususnya perawat di ruang operasi, untuk melakukan skrining psikologis awal serta memberikan pendekatan edukatif yang personal, mempertimbangkan usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 80 pasien preoperasi katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok dewasa tua (40–59 tahun), berjenis kelamin perempuan, memiliki riwayat operasi katarak sebelumnya, berpendidikan sarjana, dan sebagian besar bekerja di sektor informal seperti buruh dan ibu rumah tangga.

Temuan ini mengindikasikan bahwa karakteristik demografis memiliki pengaruh potensial terhadap tingkat kecemasan preoperatif. Oleh karena itu, pemahaman terhadap karakteristik pasien menjadi penting dalam memberikan pendekatan keperawatan yang sesuai, khususnya dalam upaya mengurangi kecemasan menjelang tindakan pembedahan.

B. Saran

1. Untuk Mahasiswa Keperawatan

Mahasiswa keperawatan diharapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai aspek psikologis pasien, khususnya kecemasan preoperasi, serta mengembangkan keterampilan komunikasi terapeutik dalam memberikan edukasi dan dukungan emosional kepada pasien. Pengetahuan ini penting untuk diterapkan secara nyata dalam praktik keperawatan, baik di ruang perawatan maupun di lingkungan pra-bedah.

2. Untuk Institusi Pendidikan Keperawatan:

Institusi pendidikan diharapkan dapat memasukkan materi tentang manajemen kecemasan preoperatif dalam kurikulum pembelajaran, baik melalui teori maupun praktik klinik. Selain itu, penting pula untuk mengembangkan kegiatan pembelajaran berbasis kasus dan simulasi yang dapat melatih mahasiswa dalam menghadapi pasien dengan berbagai tingkat kecemasan secara profesional dan empatik.

3. Untuk Institusi Rumah Sakit:

Pihak rumah sakit, khususnya di unit kamar operasi, disarankan untuk menyediakan program intervensi psikologis preoperatif seperti edukasi singkat, konseling, dan pendekatan interpersonal yang mampu mengurangi kecemasan pasien. Pelibatan perawat dalam proses persiapan operasi hendaknya tidak hanya difokuskan pada aspek fisik, tetapi juga memperhatikan kebutuhan psikologis pasien.

4. Untuk Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penelitian lanjutan dengan pendekatan analitik guna melihat hubungan antara faktor-faktor demografis dan tingkat kecemasan secara lebih mendalam. Disarankan pula agar penelitian di masa mendatang memperluas cakupan lokasi, jumlah responden, serta mempertimbangkan variabel lain seperti dukungan sosial, kondisi kesehatan umum, dan pengalaman trauma sebelumnya, guna mendapatkan pemahaman yang lebih komprehensif terhadap fenomena kecemasan preoperatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiah, R., Olviani, Y., & Sukarlan, S. (2021). The effect of pre-phacoemulsification education on cataract patients' anxieties in Rumah Sakit Islam Banjarmasin. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan*, 6(2), 89–93. Retrieved from <http://issn.pdii.lipi.go.id>
- Amalia, H., Yasir, H., & Lisa, F. (2022). Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. Skripsi, Stikes Kusuma Husada, 2, 74. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/download.php?id=1208>
- Amalia, M., Suryani, R. L., & Putranti, D. P. (2022). Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi dengan General Anestesi di RS Jatiwinangun Purwokerto. *Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 104–109.
- Astari, P. (2018). Katarak: Klasifikasi, tatalaksana, dan komplikasi operasi. *CDK*, 45(10), 748–750. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/400259-katarak-klasifikasi-tatalaksana-dan-komp-7afb452d.pdf>
- Ayuni, N. D. Q. (2020). *Buku ajar asuhan keperawatan keluarga pada pasien post operasi katarak*. Pustaka Galeri Mandiri.
- BASOFI, D. A. (2016). Hubungan jenis kelamin, pekerjaan dan status pernikahan dengan tingkat kecemasan pada pasien operasi katarak di Rumah Sakit Yarsi Pontianak. *Jurnal Mahasiswa PSPD FK Universitas Tanjungpura*, 3(1).
- Detty, A. U., Artini, I., & Yulian, V. R. (2021). Karakteristik faktor risiko penderita katarak. *JIKSH: Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.494>
- Dewi, N. L. P. T., & Wati, N. M. N. (2021). Penerapan Metode Gayatri Mantra Emotional Freedom Technique (GEFT) pada Aspek Psikologis (T. Q. Media (ed.)). CV. Penerbit Qiara Medika. https://books.google.co.id/books?id=3FNWEAAAQBAJ&pg=PA40&dq=Pengertian+kecemasan&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_moble_search&sa=X&ved=2ahUKEwjstr3VvJT-AhVIXGwGHRcuD_A4FBDrAXoECAUQBQ#v=onepage&q=Pengertian+kecemasan&f=false
- Djaali. (2021). *Metodologi penelitian kuantitatif*. Bumi Aksara. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=wY8fEAAAQBAJ>
- Gumilang, N. M., Susanto, A., & Suryani, R. L. (2022). Hubungan Antara Jenis Kelamin dan Usia dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi dengan Anestesi Spinal di RS Khusus Bedah Jatiwinangun Purwokerto. *2022 Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (SNPPKM)*, 1, 332–337.

- Jaquelyn V, José RB, José MO. Anxiety in preoperative anesthetic procedures. anxiety in preoperative anesthetic procedures. *Cir Cir*.2010;78:147-51.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.). Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular. *Kementerian Kesehatan RI*. Retrieved from <https://p2ptm.kemkes.go.id/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020, Oktober 6). Katarak penyebab terbanyak kebutaan. *Sehat Negeriku*. Retrieved from <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201006/4135256/katarak-penyebab-terbanyak-kebutaan/>
- Loihala, M., Efake, H. P., & Mustamu, A. C. (2019). Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kecemasan Pasien Pre Operasi Katarak. *Nursing Arts*, 49(3), 117–123. <https://doi.org/10.2307/3458156>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-42)*.
- Masriadi, M. (2021). *Epidemiologi penyakit tidak menular*. CV. Trans Info Media.
- Misbahuddin, & Hasan, I. (2013). *Analisis data penelitian dengan statistik (II)*. Bumi Aksara.
- Pamungkas, M., Mahwati, Y., Suparni, S., Hartiningsih, S. S., & Tusrini, W. (2024). Faktor risiko kejadian katarak. *Jurnal Sehat Masada*, 18(1), 59. Retrieved from <https://ejurnal.stikesdhh.ac.id/index.php/Jsm/article/view/460/357>
- Panonsih, R. N., Effendi, A., Artini, I., & Permata, P. E. (2020). Hubungan Pendidikan Dan Pekerjaan Dengan Kualitas Hidup Gay, Transgender, dan LSL. *ARTERI : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 219–225. <https://doi.org/10.37148/arteri.v1i3.63>
- Prasetyo, B. A., & Yusran, M. (2019). Hubungan pengetahuan dengan kecemasan pada pasien pra-operasi katarak di Rumah Sakit Mitra Husada Kabupaten Pringsewu Provinsi Lampung. *Medula*, 9(1), 129–131. Retrieved from <http://repository.lppm.unila.ac.id>
- Putri, S. B., Darmayanti, A., & Dewi, N. P. (2022). Hubungan Tingkat Kecemasan Preoperatif dengan Karakteristik Pasien di Kamar Operasi RSI Siti Rahmah. *Jurnal Keperawatan Malang (JKM)* Vol. 09, No. 01, June 2024, pg. 28-36 *Baiturrahmah Medical Journal*, 1(2), 11–25. <https://jurnal.unbrah.ac.id/index.php/brmj/article/view/995>
- Ramirez, D. A., Brodie, F., Rose-Nussbaumer, J., & Ramanathan, S. (2017). Anxiety in patients undergoing cataract surgery: A pre- and postoperative comparison. *Clinical Ophthalmology*, 11, 1979–1986. <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S146135>
- Rifkhan. (2023). *Pedoman metodologi penelitian data panel dan kuesioner*. Penerbit Adab. Retrieved from

<https://books.google.co.id/books?id=UN2vEAAAQBAJ>

- Satriadi, Moeins, A., Tubel Agusven, Sjukun, & Sumardin. (2023). *Metodologi penelitian kuantitatif*. CV. AZKA PUSTAKA. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=xvHAEAAAQBAJ>
- Srinayanti, Y., Kusumawaty, J., & Nugroho, A. (2017). Tingkat kecemasan pasien pre operasi katarak di ruang bedah RSUD Kabupaten Ciamis. *Motorik*, 12(24), 34–38.
- Sukmadi, A., Wahyuni, T., Restawan, I. G., Kurniawan, C., Giatah, Z., Jundiah, R. S., Pranata, A. D., Yudianta, M. F., Linggi, E. B., Hati, Y., Pebrianti, D. K., Tangka, J. W., Sarman, J. N. R., Sumbara, M., Lefta, Y., Paseno, M. M., Husnul Khotimah, N. I. H., & Rahmadhani, D. Y. (2024). *Keperawatan medikal bedah 2* (Edisi elektronik). Media Pustaka Indo. ISBN: 9786238568703
- Sukmawati, A. S., Sabur, F., Nur, M., Darmawan, A. R., Sa'dianoor, Mahbub, K., Irmawati, Silviana, Tawil, M. R., Sampurno, C. B. K., Wibowo, S. E., & Aziz, A. (2023). *Buku ajar metodologi penelitian*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sulistyorini, A. (2022). *Kecemasan: Pengkajian, penatalaksanaan dan psikoterapi*. CV. Literasi Nusantara Abadi.
- Supriyanti, L., Susanti, D., & Trisna, E. (2024). The effect of dzikir on reducing anxiety levels in pre-cataract surgery patients at the Puri Cinere Hospital Eye Clinic. *Jurnal Eduhealth*, 15(3), 635–640. <https://doi.org/10.54209/eduhealth.v15i03>
- Susilawati, M. K., Fibriana, L. P., Purwanza, S. W., Habibah, U., Hidayat, A., Sangadji, F., Suryanti, Yulita, R. F., & Wahyuni, T. D. (2024). *Buku ajar keperawatan medikal bedah III* (Edisi elektronik). Mahakarya Citra Utama Group. ISBN: 9786238118663
- Triharyanto, B. (2024). *Bebas dari cemas: Mengubah kecemasan menjadi kekuatan* (Edisi e-book). Kreatifa Prima.
- Wahyuaji, R. P., Sebayang, S. M., Triana, N. Y., Suandika, M., & Triyanto, A. (2024). The effect of Benson's relaxation on anxiety and blood pressure in pre-cataract surgery. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(2), 875–877. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/375911401>
- Widarsa, Astuti, & Kurniasari. (2022). *Metode sampling penelitian kedokteran dan kesehatan*. BASWARA PRESS. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=J21mEAAAQBAJ>
- Widiana, I. W., Gading, I. K., Tegeh, I. M., & Antara, P. A. (2023). *Validasi penyusunan instrumen penelitian pendidikan*. PT. RajaGrafindo Persada - Rajawali Pers. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=aPLfEAAAQBAJ>

- Yusmaidi, H., Sitinjak, Z., & Nurmalasari, Y. (2016). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Ansietas pada Pasien Pra-operasi di Bangsal Bedah RS Pertamina Bintang Amin Tahun 2015. *Jurnal Medika Malahayati*, 3(3), 121–127.
- Zulfikar, R., Sari, F. P., Fatmayati, A., Wandini, K., Haryati, T., Jumini, S., Nurjanah, Annisa, S., Kusumawardhani, O. B., Mutiah, R., Linggi, A. I., & Fadilah, H. (2024). *Metode penelitian kuantitatif: Teori, metode dan praktik* (E. Damayanti, Ed.). Cetakan pertama. ISBN: 978-623-500-058-9

Lampiran 1.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:
Bapak/Ibu Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar :

Nama : Harianto Burhanuddin

Nim : A1C324051

Akan mengadakan penelitian dengan judul “ Gambaran Tingkat Kecemasan pada pasien preoperasi katarak di kamar operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar”

Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan menandatangani lembar persetujuan dan menjadi responden yang akan diteliti.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai reponden saya ucapkan terimakasih.

Makassar, 2025

Peneliti

(Harianto Burhanuddin)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Harianto Burhanuddin

NIM : A1C324051

Judul : Gambaran Tingkat Kecemasan pada pasien

preoperasi katarak di kamar operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian di atas dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengertidan telah mendapat jawabandari pertanyaan yang saya ajukan. Saya memahami bahwa prosedur yang akan dilakukan tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun yang membahayakan. Peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi saya sebagai responden dalam penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar sebenar-benarnya.

Makassar, 2025

()

Lampiran 3. Lembar Karakteristik Responden

Petunjuk Pengisian:

Berikan tanda (√) untuk jawaban yang anda pilih.

Nama :

Umur : Tahun

Jenis kelamin : () Perempuan

() Laki-laki

Riwayat Operasi : () Operasi Pertama

() Operasi Kedua

Pendidikan : () Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah

() Lulusan SD

() Lulusan SMP

() Lulusan SMA

() Lulusan Perguruan Tinggi

Pekerjaan : () ASN/PNS

() Petani/Nelayan

() IRT

() Pekerja Swasta

() Pekerja Lapangan

Lampiran 4 Kuesioner Penelitian

Kuesioner Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Preoperasi Katarak di Kamar Operasi RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Zung-Self Anxiety Rate Scale

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pernyataan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakan kepada pihak kami.
2. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pertanyaan yaitu:

Tidak Pernah : Tidak sesuai dengan saya sama sekali.
Kadang-Kadang : Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu.
Sering : Sesuai dengan saya.
Selalu : Sangat sesuai dengan saya.
3. Berikan jawaban dari pernyataan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (✓) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman anda selama satu minggu belakangan ini.
4. Dan kuisisioner ini tidak terdapat jawaban yang di anggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda sebenarnya.

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1.	Saya merasa lebih gelisah dan cemas dari biasanya				
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3.	Saya merasa panik				
4.	Saya merasa tubuh saya seperti hancur berantakan dan akan hancur berkeping-keping				
5.	Saya merasa semua baik baik saja dan tidak akan ada hal buruk yang terjadi				
6.	Kedua tangan dan kaki saya gemetar				
7.	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, leher, dan punggung				
8.	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah				
9.	Saya merasa tenang dan dapat duduk dengan nyaman				
10.	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat				
11.	Saya sering mengalami pusing				

No.	Pernyataan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
12.	Saya sering pingsan atau merasa seperti ingin pingsan				
13.	Saya dapat bernafas dengan mudah seperti biasanya				
14.	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari dan kaki saya				
15.	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan				
16.	Saya merasa sering kencing daripada biasanya				
17.	Tangan saya hangat dan kering seperti biasanya				
18.	Wajah saya terasa panas dan kemerahan				
19.	Tadi malam saya dapat tidur dan beristirahat pada malam hari dengan tenang				
20.	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk				

Sumber : Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZRAS) ZRAS atau SAS).
Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA). (n.d.). *Lampiran*. Diakses dari <http://repository.unissula.ac.id/18410/6/Lampiran.pdf>

Lampiran 5. Master Tabel Kuesioner Penelitian

MASTER TABEL HASIL PENELITIAN

No	Usia	Kewarganegaraan	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Total	Skor	SRAB
1	50	Ya	Laki-laki	SD	PNS	3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	3	4	2	3	4	4	2	3	2	2	56	57	
2	68	Ya	Laki-laki	Sarjana	IRT	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	31	40	
3	49	Ya	Laki-laki	SD	PNS	2	2	2	3	3	2	3	4	4	4	3	4	2	2	4	4	3	2	4	2	50	54	
4	50	Tidak	Laki-laki	SMP	Petani	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	4	2	3	3	3	3	3	53	50	
5	60	Ya	Perempuan	Sarjana	Pedagang	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	4	2	3	2	46	41	
6	68	Ya	Perempuan	SD	IRT	2	3	2	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	47	50	
7	30	Tidak	Perempuan	Diploma	IRT	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	3	2	2	2	45	46	
8	47	Ya	Laki-laki	SMA	Pedagang	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	29	40
9	42	Tidak	Perempuan	SMP	Buruh	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	31	40	
10	46	Ya	Laki-laki	SD	Pensiunan	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	38	45	
11	67	Ya	Laki-laki	SMA	IRT	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	31	42	
12	46	Tidak	Perempuan	Sarjana	Pensiunan	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	31	40	
13	40	Ya	Perempuan	SMP	Pedagang	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	37	46	
14	38	Tidak	Perempuan	SMA	Petani	3	3	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	4	4	2	2	3	4	4	3	67	52	
15	35	Tidak	Laki-laki	Sarjana	Pensiunan	2	2	3	4	2	3	4	2	3	4	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	55	56	
16	68	Ya	Laki-laki	Sarjana	Buruh	3	3	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	4	2	2	3	3	2	4	4	60	53	
17	52	Ya	Perempuan	Sarjana	IRT	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	23	38	
18	48	Tidak	Perempuan	SMP	Pedagang	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	45	48
19	68	Ya	Perempuan	SMA	Petani	3	2	4	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	4	2	4	3	2	2	2	54	55	
20	48	Tidak	Perempuan	Sarjana	Buruh	2	2	2	2	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	47	42	
21	46	Ya	Laki-laki	Sarjana	PNS	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	46	47	
22	68	Ya	Perempuan	SD	Pensiunan	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	42	47	
23	46	Tidak	Perempuan	Sarjana	PNS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	45	
24	35	Ya	Laki-laki	SMA	Buruh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	35	
25	60	Tidak	Perempuan	Diploma	Buruh	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	43	46	
26	38	Tidak	Laki-laki	SMA	PNS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	45	
27	45	Ya	Perempuan	SMP	Buruh	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	33	40	
28	48	Ya	Laki-laki	Sarjana	Petani	2	3	2	3	2	2	4	2	2	2	4	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	48	49
29	60	Ya	Laki-laki	Sarjana	PNS	3	3	3	3	2	4	3	4	2	4	4	3	3	2	3	3	2	4	4	3	62	63	
30	45	Ya	Perempuan	SMA	IRT	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	46	45	
31	68	Tidak	Perempuan	Diploma	IRT	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	80	65	
32	44	Ya	Perempuan	Sarjana	IRT	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	45	48	
33	30	Ya	Perempuan	Diploma	Petani	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	42	
34	50	Tidak	Perempuan	SMP	Pensiunan	2	4	4	3	3	2	3	2	2	4	4	4	2	2	2	3	4	3	4	2	50	54	
35	65	Tidak	Perempuan	Sarjana	Pedagang	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	45	
36	38	Ya	Laki-laki	Diploma	Pedagang	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	41	44	
37	42	Ya	Laki-laki	Diploma	Buruh	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	38
38	47	Ya	Perempuan	SD	PNS	4	3	2	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	71	60	
39	36	Ya	Laki-laki	Diploma	Pedagang	2	2	2	3	3	2	4	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	50	49	
40	68	Ya	Perempuan	Sarjana	Buruh	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	38	45	
41	35	Ya	Perempuan	Diploma	Pensiunan	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	36	41	
42	54	Tidak	Perempuan	Diploma	Buruh	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	73	62
43	68	Tidak	Perempuan	SMA	PNS	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44	44
44	35	Ya	Laki-laki	Diploma	Buruh	2	3	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	1	40	43	
45	37	Tidak	Laki-laki	SD	IRT	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	30
46	58	Ya	Perempuan	SMP	Pedagang	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	48	45
47	68	Tidak	Perempuan	SMA	Buruh	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	78	63
48	58	Ya	Perempuan	Diploma	IRT	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38	45
49	68	Ya	Perempuan	Sarjana	IRT	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	39	46
50	38	Tidak	Laki-laki	SMA	Buruh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21	34
51	47	Ya	Perempuan	SMP	Pensiunan	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	45	46
52	30	Ya	Laki-laki	Diploma	Pedagang	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	39	44
53	37	Tidak	Perempuan	Diploma	Buruh	2	3	3	4	2	2	2	2	4	3	2	3	2	2	4	3	3	4	2	3	55	54	
54	65	Tidak	Perempuan	Sarjana	Petani	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	33	42
55	58	Tidak	Perempuan	SD	Buruh	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	37	42	
56	35	Tidak	Perempuan	Sarjana	Petani	2	4	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	45	48
57	46	Ya	Perempuan	Sarjana	Buruh	4	2	2	4	2	3	4	3	2	2	2	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	56	55
58	68	Tidak	Laki-laki	SMA	IRT	3	4	3	3	3	3	2	2	3	4	2	2	3	4	3	4	3	2	2	3	3	58	53
59	68	Ya	Perempuan	SD	IRT	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	29	40
60	58	Tidak	Perempuan	Diploma	Petani	2	2	2	2	4	3	2	3	3	3	3	2	2	4	4	4	2	3	2	3	2	55	52
61	54	Ya	Perempuan	Diploma	Pensiunan	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	43	48
62	68	Ya	Perempuan	Sarjana	Petani	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	4	2	2	2	2	2	52	53
63	35	Ya	Perempuan	SMA	PNS	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	44	45
64	35	Ya	Perempuan	Sarjana	Buruh	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	35
65	38	Tidak	Perempuan	SMA	Pedagang	2	2	4	3	3	3	2	2	4	4	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	53	50
66	35	Tidak	Perempuan	SD	Pensiunan	4	2	3	3	3	2	2	2	2	4	2	2	3	2	3	2	2	2					