

SKRIPSI

PENGARUH PEMBERIAN ORIENTASI RUANGAN SESUAI SOP PENERIMAAN PASIEN BARU TERHADAP TINGKAT KECEMASAN SUAMI/ISTRI PENDERITA STROKE

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

AGUS

NIM. 130915151

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2011

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 10 FEBRUARI 2011

OLEH :

Pembimbing I



Yulis Setiya Dewi, S.Kep. Ns, MNg
NIP. 197507092005012001

Pembimbing II



Obet Sugiono, SKM
NIP. 195712221980031006

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Plt Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp, M.Kep
NIP. 197904242006042002

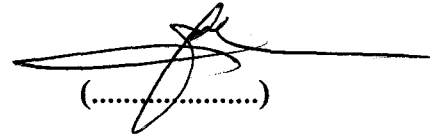
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal, 11 Pebruari 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Nursalam, M. Nurs. (Hons)
NIP. 196612251989031004



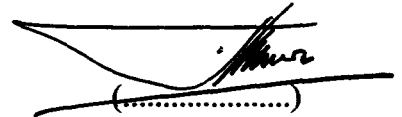
(.....)

Anggota : 1. Yulis Setiya Dewi, S.Kep.,Ns., MNg
NIP. 197507092005012001



(.....)

2. Obet Sugiono, SKM
NIP. 195712221980031006



(.....)

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Plt Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

**SEBAIK-BAIK MANUSIA
ADALAH
YANG BERGUNA BAGI MANUSIA LAINNYA**

Aku minta pada ALLAH setangkai bunga segar, ALLAH beri aku kaktus berduri.

Aku minta pada ALLAH hewan mungil nan cantik ALLAH beri aku ulat bulu...aku sempat sedih, kecewa dan protes. Betapa tidak adilnya ini. Namun kemudian...kaktus itu berbunga, sangat indah sekali dan ulatpun tumbuh berubah menjadi kupu-kupu yang teramat cantik...itulah jalannya indah pada waktunya...

ALLAH tidak memberi apa yang kita harapkan, tapi memberi apa yang kita perlukan... walau kadang sedih, kecewa, terluka...tapi jauh di atas segalanya...ALLAH merajut yang terbaik untuk kita...

Karya ini kupersembahkan untuk Istriku

"Ana Sutianingsih"

**Yang selalu membantu dengan penuh keikhlasan,
kesabaran**

**dan istiqomah serta mempunyai makna tersendiri
dalam**

menghadapi kehidupan menuju kesuksesan

Kepada anakku

"Awang Adiyat Maulana"

Dan

"Aisyah Damai Qotrunada"

tawa dan candamu, sedih dan tangismu

semangat dan keluguanmu

TELAH MENAMBAH MOTIVASI DALAM HIDUP INI

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, kehadiran Allah SWT atas segala limpahan, kenikmatan dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Orientasi Ruang Sesuai SOP Penerimaan Pasien Baru Terhadap Tingkat Kecemasan Suami/Istri Penderita Stroke Di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya” dengan baik.

Untuk itu dengan segala kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M. Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Dr. Slamet Riyadi Yuwono, dr, DTM&H. MARS, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
3. Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns, MNg sebagai pembimbing I atas dukungan, bimbingan, kesabaran, pengetahuan dan koreksinya atas skripsi ini.
4. H. Obet Sugiono, SKM selaku Pembimbing II yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membimbing, membaca dan mengoreksi serta dukungan atas terselesaikannya skripsi ini.
5. Kepala Bidang Keperawatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan pada jenjang S1 Keperawatan FKP UNAIR Surabaya.

6. Hj. Siti Rochani, SST selaku Kepala Ruangan Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan izin dan memfasilitasi peneliti selama penelitian ini.
7. Seluruh responden di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah berpartisipasi dan bekerjasama dengan baik selama penelitian.
8. Segenap dosen dan staf perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan teman-teman mahasiswa FKP Unair angkatan B12 yang telah ikut membantu dengan sepenuh hati dalam penyusunan skripsi ini.
9. Abah, Umi, istriku Ana Sutianingsih dan kedua anakku Awang Adiyat Maulana dan Aisyah Damai Qotrunada yang telah dengan setulus hati memberikan do'a, dukungan dan semangat belajar sehingga dapat memotivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu dalam menyelesaikan skripsi ini atas segala bantuan dan fasilitasnya.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna dan banyak kekurangan karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan. Akhirnya penulis berharap agar penulisan skripsi ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan syaraf khususnya divisi stroke.

Surabaya, Februari 2011

Penulis

ABSTRACT

EFFECT OF ROOM ORIENTATION ACCORDING TO NEW PATIENT
ADMISSION SOP ON THE LEVEL OF ANXIETY TOWARDS HUSBANDS
AND WIVES OF STROKE PATIENTS

A Pre – Experimental Research

Agus

Treatment of family members in hospitals who are suffering from stroke will cause anxiety for the whole family since the occurrence of stroke may change the life of the couples, families and other loved ones. Hospitalization is a new situation that is not comfortable for clients and families. Such feeling results from the presence of many new stressors that are faced simultaneously, such a strange environment. The purpose of this study was to explain the effect of room orientation based on to SOP of the admission of new patients on the level of anxiety of husbands/wives of stroke patients firstly treated at Medical Ward, Seruni Room, Dr. Soetomo Hospital.

This study used pre-experimental design. Population was husbands/wives who waited for stroke patients at Seruni Room, during this study. Total sample was 21 patients selected with purposive sampling. The independent variable was room orientation of the according to SOP of new patients admission. The dependent variable was the level of anxiety of the spouses of stroke patients. Data were collected with a structured interview with anxiety measuring using HARS, and analyzed with Wilcoxon signed rank test with $\alpha < 0,05$.

The result of statistical Wilcoxon signed rank test showed significant value $p = 0,00$. This means the probability had $\alpha < 0,05$ indicating the effect of room orientation according to SOP of new patients admission on the level of anxiety of spouses of stroke patients who for the first time treated at Medical Ward, Seruni Room, Dr. Soetomo Hospital Surabaya.

It can be concluded that the decrease in the level of anxiety of the spouses of stroke patients admitted for the first time is due to the independent action of the nurse at the time when the patients is admitted by giving room orientation according to the SOP of new patient admission to the family (husbands/wives) of patients in appropriate ways.

Keywords: orientation, anxiety, husband and wife.

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------|
| Halaman Judul | i |
| Surat Pernyataan..... | ii |
| Lembar Persetujuan..... | iii |
| Lembar Pengesahan..... | iv |
| Motto | v |
| Ucapan Terima kasih..... | vi |
| Abstract | viii |
| Daftar Isi..... | ix |
| Daftar Tabel | xi |
| Daftar Gambar..... | xii |
| Daftar Lampiran | xiii |
| | |
| Bab 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 3 |
| 1.3.1 Tujuan umum | 3 |
| 1.3.2 Tujuan khusus | 4 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 4 |
| 1.4.1 Teoritis | 4 |
| 1.4.2 Praktis..... | 4 |
| Bab 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 6 |
| 2.1 Konsep Stroke | 6 |
| 2.1.1 Definisi | 6 |
| 2.1.2 Klasifikasi stroke | 6 |
| 2.1.3 Patofisiologi | 7 |
| 2.1.4 Faktor resiko | 9 |
| 2.1.5 Pemeriksaan penunjang | 9 |
| 2.1.6 Penatalaksanaan | 11 |
| 2.2 Konsep Keluarga | 12 |
| 2.2.1 Definisi | 12 |
| 2.2.2 Keluarga sebagai sasaran pelayanan kesehatan | 12 |
| 2.2.3 Struktur keluarga..... | 13 |
| 2.2.4 Bentuk-bentuk keluarga..... | 14 |
| 2.2.5 Peran dan fungsi keluarga..... | 15 |
| 2.2.6 Tugas kesehatan keluarga | 17 |
| 2.3 Konsep Kecemasan | 19 |
| 2.3.1 Definisi | 19 |
| 2.3.2 Tingkat ansietas dan karakteristik..... | 20 |
| 2.3.3 Bentuk-bentuk ansietas | 21 |
| 2.3.4 Faktor presipitasi kecemasan | 22 |
| 2.3.5 Faktor-faktor kecemasan..... | 22 |
| 2.3.6 Mekanisme koping..... | 23 |
| 2.3.7 Penilaian tingkat kecemasan..... | 25 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 2.4 | Konsep Orientasi Ruangannya..... | 27 |
| 2.4.1 | Definisi | 27 |
| 2.4.2 | Tujuan dan waktu orientasi..... | 28 |
| 2.4.3 | Instrumen orientasi | 29 |
| Bab 3 | KERANGKA KONSEPTUAL..... | 32 |
| 3.1 | Kerangka Konseptual | 32 |
| 3.2 | Hipotesis Penelitian..... | 33 |
| Bab 4 | METODE PENELITIAN | 34 |
| 4.1 | Rancangan Penelitian | 34 |
| 4.2 | Populasi, Sampel, Besar sampel dan Sampling..... | 35 |
| 4.2.1 | Populasi | 35 |
| 4.2.2 | Sampel..... | 35 |
| 4.2.3 | Besar sampel | 36 |
| 4.2.4 | Sampling..... | 36 |
| 4.3 | Variabel Penelitian dan Definisi Operasional | 37 |
| 4.3.1 | Variabel independen..... | 37 |
| 4.3.2 | Variabel dependen..... | 37 |
| 4.3.3 | Definisi operasional..... | 38 |
| 4.4 | Instrumen penelitian..... | 40 |
| 4.5 | Lokasi dan waktu penelitian..... | 41 |
| 4.6 | Prosedur pengumpulan data | 41 |
| 4.7 | Kerangka kerja operasional | 42 |
| 4.8 | Analisa data | 43 |
| 4.9 | Etika Penelitian | 44 |
| Bab 5 | HASIL DAN PEMBAHASAN | 45 |
| 5.1 | Hasil penelitian..... | 45 |
| 5.1.1 | Gambaran umum tempat penelitian | 45 |
| 5.1.2 | Data umum | 46 |
| 5.1.2.1 | Karakteristik responden..... | 46 |
| 5.1.3 | Data khusus | 49 |
| 5.1.3.1 | Tingkat kecemasan responden..... | 49 |
| 5.1.3.2 | Pengaruh orientasi ruangan | 50 |
| 5.2 | Pembahasan..... | 51 |
| 5.2.1 | Kecemasan responden sebelum orientasi | 51 |
| 5.2.2 | Kecemasan responden sesudah orientasi..... | 54 |
| 5.2.3 | Pengaruh orientasi terhadap kecemasan..... | 56 |
| Bab 6 | KESIMPULAN DAN SARAN | 58 |
| 6.1 | Kesimpulan..... | 58 |
| 6.2 | Saran..... | 58 |
| | DAFTAR PUSTAKA | 60 |
| | LAMPIRAN..... | 62 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Gambaran khas stroke | 7 |
| Tabel 2.2 Faktor resiko stroke..... | 9 |
| Tabel 2.3 Rentang respon ansietas | 20 |
| Tabel 2.4 Tingkat ansietas..... | 20 |
| Tabel 2.5 Bentuk ansietas..... | 21 |
| Tabel 4.6 Definisi operasional | 38 |
| Tabel 5.1 Identifikasi pengaruh orientasi terhadap kecemasan..... | 50 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|--|----|
| Gambar 3.1 | Kerangka Konseptual Penelitian | 32 |
| Gambar 4.1 | Kerangka Operasional Penelitian | 47 |
| Gambar 5.1 | Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin..... | 46 |
| Gambar 5.2 | Karakteristik responden berdasarkan umur..... | 47 |
| Gambar 5.3 | Karakteristik responden berdasarkan pendidikan..... | 47 |
| Gambar 5.4 | Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan..... | 48 |
| Gambar 5.5 | Tingkat kecemasan responden..... | 49 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|------------|---|----|
| Lampiran 1 | Lembar permintaan menjadi responden | 62 |
| Lampiran 2 | Lembar Persetujuan bersedia menjadi responden | 63 |
| Lampiran 3 | Format pengumpulan data | 64 |
| Lampiran 4 | Lembar SOP | 69 |
| Lampiran 5 | Surat ijin penelitian | 71 |
| Lampiran 6 | Tabulasi data hasil penelitian | 72 |

BAB I
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kecemasan (ansietas / *anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (affective) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian atau *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2008). Sedangkan menurut Maruhawa (2005) kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Dirawat dirumah sakit adalah situasi baru yang tidak menyenangkan bagi klien dan keluarga, dengan masuk rumah sakit semua kebiasaan yang selama ini dilakukan sendiri menjadi tidak bisa dilakukan dan terbatas, perasaan yang dirasakan disebabkan karena banyaknya stressor baru yang dihadapi secara bersamaan, misalnya lingkungan yang asing (Rasmun, 2004). Dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya terhadap keluarga penderita stroke banyak diantaranya mengalami kecemasan dengan berbagai tingkatan baik ringan, sedang ataupun berat. Salah satu upaya untuk menurunkan kecemasan tersebut adalah dengan memberikan orientasi ruangan. Tetapi pengaruh pemberian orientasi ruangan terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke belum bisa dijelaskan.

Stroke merupakan penyakit saraf yang paling banyak dijumpai di setiap instalasi rawat inap rumah sakit. Data epidemiologik dari berbagai wilayah diseluruh dunia saat ini menunjukkan bahwa stroke menduduki peringkat kedua dalam urutan penyebab kematian. Selain itu, stroke juga merupakan penyebab utama kecacatan pada orang dewasa (Islam, 2006). Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Instalasi Rawat Inap Medik ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya tentang kecemasan melalui wawancara terstruktur menggunakan alat ukur HARS pada tanggal 1-2 November 2010 dengan 10 keluarga penderita didapatkan hasil sebanyak 50% mengalami kecemasan sedang, 40% mengalami kecemasan ringan, dan 10% mengalami kecemasan berat.

Cemas sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek atau keadaan. Keadaan emosi ini dialami secara subyektif bahkan kadang objeknya tidak jelas. Artinya, seseorang dapat saja menjadi cemas, namun sumber atau sesuatu yang dicemaskan tersebut tidak tampak nyata (Asmadi, 2008). Perawatan anggota keluarga di rumah sakit yang menderita stroke akan menimbulkan kecemasan bagi seluruh keluarga, dimana saat mengalami stroke hal ini akan mengubah kehidupan pasangan, keluarga, dan orang tercinta lainnya (Potter, 2009). Kecemasan ini ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan (Hawari, 2008). Penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), ataupun lingkungan baru (Nursalam, 2005). Oleh karenanya perawat sebagai tenaga kesehatan profesional tidak boleh mengabaikan aspek emosi ini dalam memberikan asuhan keperawatan (Asmadi, 2008).

Menurut Sani (2007) gangguan kecemasan merupakan ketakutan (fear) yang berlangsung secara terus menerus. Dengan demikian, gangguan kecemasan seyogyanya mendapatkan penatalaksanaan dengan segera. Salah satu upaya menurunkan kecemasan pada keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat adalah memberikan orientasi ruangan dengan baik dan benar sesuai SOP penerimaan pasien baru. Dalam keperawatan, pemberian orientasi ruangan merupakan suatu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu penderita dan keluarga mengenal lingkungan baru. Untuk itu dalam memberikan asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada penderita tapi juga keluarga, salah satunya dengan memberikan orientasi ruangan. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk mengetahui pengaruh orientasi ruangan terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum Penelitian

Menjelaskan pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSU Dr. Soetomo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus Penelitian

1. Mengidentifikasi tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sesudah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke di Instalasi Rawat Inap Medik ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjelaskan pengaruh pemberian orientasi ruangan terhadap kecemasan suami/istri penderita stroke yang mengalami kecemasan dengan metode penjelasan yang rinci dan sistematis sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan saraf terutama divisi stroke.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi profesi

Penelitian ini bisa menjadi salah satu metode bagi perawat dalam mengatasi rasa cemas pada suami/istri penderita stroke.

2. Bagi rumah sakit

Dengan pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru secara baik dan benar penderita dan anggota keluarga (suami/istri penderita)

merasa puas sehingga dapat menambah nilai jual unit stroke pada khususnya dan RSUD Dr. Soetomo pada umumnya.

3. Bagi keluarga

Pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru ini dapat menurunkan tingkat kecemasan keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat sehingga keluarga (suami/istri) dapat lebih kooperatif dalam merawat penderita.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan masalah penelitian. Konsep yang akan diuraikan yaitu : (1) konsep stroke (2) konsep keluarga; (3) konsep kecemasan; (4) konsep orientasi ruangan.

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba (mendadak), berlangsung selama lebih dari 24 jam, dan disebabkan oleh kelainan peredaran darah otak (Islam, 2006).

Stroke adalah suatu sindroma yang mempunyai karakteristik suatu serangan yang mendadak, non konvulsif yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik (Tarwoto, 2007).

Cerebro Vascular Accident (CVA) atau yang biasa disebut dengan stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Brunner & Suddarth, 2008).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Menurut Islam (2006) berdasarkan gambaran patologik yang terjadi, stroke dikelompokkan menjadi 2 golongan, yaitu stroke iskemik (infark) dan stroke hemoragik (perdarahan). Pada stroke iskemik, gangguan fungsi otak disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke otak karena proses trombosis, emboli, atau sebab lainnya. Sehingga stroke iskemik digolongkan lagi menjadi stroke iskemik trombotik, stroke iskemik embolik, dan stroke iskemik karena penyebab lainnya

(misalnya sindroma antifosfolipid, defisiensi protein C dan S, homosisteinemia, anemia sel sickle, polisitemia vera).

Pada stroke hemoragik, perdarahan dapat terjadi didalam parenkim otak (disebut stroke perdarahan intraserebral), maupun didalam ruangan subaraknoid (disebut stroke perdarahan subaraknoid).

Tabel 2.1 Gambaran khas suatu stroke menurut Howard (2006)

| | Emboli | Perdarahan intraserebral | Trombosis vasa besar | Lakuner | Perdarahan subaraknoid |
|-------------------|---|---|--|-----------------------------|--|
| lokasi | Perifer (kortikal) | Dalam ganglion basalis, talamus, serebelum | Bervariasi (tergantung pembuluh darah yang terlihat) | Pons, kapsula interna | Pembuluh darah pada hubungan sirkulus willisi |
| Onset | Mendadak (dengan defisit maksimal saat onset) | Mendadak (defisit berkembang beberapa menit sampai jam) | Mendadak, gradual, bertahap | Mendadak, gradual, bertahap | Mendadak, biasanya tanpa tanda fokal/sedikit tanda-tanda fokal |
| Bilamana | Terjaga | Terjaga dan aktif | Tidur/tidak aktif | Tidur/tidak aktif | Tidur/tidak aktif |
| Gejala awal GPDOS | (-) | (-) | Sering | Bervariasi, (+) / (-) | (-) |
| Sakit kepala | Kadang-kadang | Biasa terjadi | Kadang-kadang | (-) | Selalu terjadi (kaku kuduk) |
| CT-Scan | Hipodens | Hiperdens | Hipodens | Hipodens | Biasanya normal |

2.1.3 Patofisiologi

2.1.3.1 Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah yang paling sering terjadi. Hal ini sering terjadi ketika thrombus terbentuk dan mengakibatkan hambatan pada arteri di otak. Jika hal ini terjadi sel-sel otak (neuron) tidak memiliki cukup energi sehingga dapat berhenti bekerja, jika arteri terhambat selama beberapa menit sel-sel otak akan mati. Sebagai akibat dari penutupan aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka

terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik. Perubahan ini dimulai ditingkat seluler, berupa perubahan fungsi dan struktur sel yang diikuti dengan kerusakan pada fungsi utama serta integritas fisik dari susunan sel selanjutnya akan berakhir dengan kematian neuron. Disamping itu terjadi pula perubahan-perubahan dalam milieu ekstra seluler, karena peningkatan pH jaringan serta kadar gas darah, keluarnya zat neurotransmitter (glutamat) serta metabolisme sel-sel yang iskemik, disertai kerusakan blood brain barrier. Seluruh proses ini merupakan perubahan yang terjadi pada stroke iskemik (Avicena, 2009).

2.1.3.2 Stroke Hemoragik

Menurut WHO, dalam internasional stasticial classification of disease and related health problem 10 th revision, stroke hemoragik dibagi atas :

1. Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Sebanyak 70% kasus PIS terjadi di kapsula interna 20% di fossaposterior (batang otak dan serebelum) dan 10% di hemisfer (diluar kapsula interna). Gambaran patologik menunjukkan ekstrasvasasi darah karena robeknya pembuluh darah otak, diikuti pembentukan edema dalam jaringan otak disekitar hematoma. Akibatnya terjadi diskontinuitas jaringan dan kompresi oleh hematoma dan edema pada struktur sekitar termasuk pembuluh darah otak dan menyempitkan/menyumbatnya, sehingga terjadi puka iskemi pada jaringan yang dilayaninya. Maka gejala klinis yang timbul bersumber dari destruksi jaringan otak, kompresi otak, kompresi pembuluh darah otak/iskemi dan akibatnya kompresi pada jaringan otak lainnya.

2. Perdarahan Sub Arakhnoid (PSA)

PSA adalah keadaan terdapatnya/masuknya darah kedalam ruangan subarakhnoid.

PSA sering terjadi disebabkan karena abnormalitas arteri yang ada di basal otak, keadaan ini disebut *cerebral aneurysms*. Terdapat daerah pada arteri yang menjadi bengkak/udem, kemudian semakin parah, dinding pembuluh darah menjad lemah sehingga akhirnya rupture (Avicena, 2009).

2.1.4 Faktor resiko

Beberapa faktor risiko yang dapat mempermudah terjadinya serangan stroke, misalnya usia tua, jenis kelamin (laki-laki), faktor herediter (familial), ras (etnik), memang tidak bisa diubah. Sedangkan faktor resiko lainnya mungkin bisa diubah (Islam, 2006).

Tabel 2.2 Faktor Resiko Stroke menurut Islam (2006).

| Tak dapat diubah | Dapat diubah | |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|
| Umur | Hipertensi | Narkoba |
| Jenis kelamin | Penyakit jantung | Kurang olahraga |
| Faktor herediter / familial | Diabetes mellitus | Obesitas |
| Ras / etnik | Merokok | Pola makan yang salah |
| | SOS atau TIA | Hiperhomosisteinemia |
| | Stenosis karotis | Penyakit sel sikle |
| | Hiperlipidemia | Hiperviskositas |
| | Kontrasepsi oral | Hiperkoagulabilitas |
| | Alkohol | Migren |

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

1. Elektrolit

Gangguan elektrolit kadang-kadang dijumpai pada stroke, misalnya hiponatremia, hipokalemia, hipokalsemia. Data laboratorium yang bermanfaat dalam mengevaluasi status volume cairan termasuk kadar nitrogen urea darah

(BUN) dan hubungannya dengan konsentrasi kreatinin serum (Brunner & Suddarth, 2002).

2. Glukosa

Menurut Lumbantobing (2001), keadaan hiperglikemia sering ditemukan pada fase akut stroke, disebabkan oleh stress dan peningkatan kadar katekolamin di dalam serum. Dari pengalaman klinik diketahui bahwa kadar glukosa darah yang meningkat memperbesar ukuran infark, dari sebab itu kadar glukosa yang tinggi diturunkan sampai normal yaitu sekitar 200 mg/dl. Kadar glukosa juga harus dimonitor untuk menghindari hipoglikemia.

3. Pemeriksaan lainnya

Disamping pemeriksaan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik neurologis, dan laboratorium, evaluasi pasien dengan stroke mencakup pencitraan otak (CT Scan dan MRI), pemeriksaan neurovaskuler (angiografi) dan evaluasi jantung (Muttaqin, 2008).

Pemeriksaan CT Scan memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang-kadang masuk ke ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik (Muttaqin, 2008).

Echocardiography (ECG) perlu dilakukan sebagai pemeriksaan skrining untuk mengevaluasi jantung pada stroke. *Echocardiography* dapat mencitra abnormalitas struktur seperti penyakit katup, disfungsi pergerakan dinding atau

pelebaran bilik, namun kurang sensitif untuk mendeteksi trombus di dalam jantung, terutama di atrium. Echocardiography transesophageal memberi citra yang lebih baik mengenai atrium kiri serta trombus yang ada. Echocardiography sangat berguna pada penderita stroke yang mempunyai gejala klinis penyakit jantung, berusia dibawah 50 tahun, mempunyai infark otak pada lebih dari satu distribusi vaskuler (Lumbantobing, 2001).

2.1.6 PENATALAKSANAAN

A. Stroke Iskemik

1. Trombolisis
2. Antikoagulan heparin / Low Molecular Weight Heparin
3. Asetosal (asam asetil salisilat) dapat dibeikan dalam 48 jam pertama
4. Obat hemoreologik (misalnya pentoksifilin)
5. Neuroprotektor

B. Stroke Hemoragik

I. Perdarahan Intracerebral

1. Mengobati penyebabnya
2. Menurunkan tekanan intracranial yang meninggi
3. Neuroprotektor dapat diberikan
4. Tindakan bedah, dengan pertimbangan usia dan GCS > 4, hanya dilakukan pada pasien dengan :
 - a. Perdarahan serebelum dengan diameter > 3 cm (kraniotomi dekomresi)
 - b. Hidrosefalus akut akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum (VPShunt)
 - c. Perdarahan lobar diatas 60 cc dengan tanda-tanda peninggian tekanan intrakranial akut dan ancaman herniasi.

II. Perdarahan Subarakhnoid

1. Nimodipin untuk mencegah vasospasme.
2. Tindakan bedah, jika terjadi pecahnya aneurisma dan adanya komplikasi hidrosefalus obstruktif (Avicena, 2009).

2.2 Keluarga

Keluarga merupakan bagian dari manusia yang setiap hari selalu berhubungan dengan kita. Keadaan ini perlu kita sadari sepenuhnya bahwa setiap individu merupakan bagiannya dan di keluarga juga, semua dapat diekspresikan tanpa hambatan yang berarti. Pada bab ini, peneliti ingin menguraikan berbagai hal yang berhubungan dengan keluarga.

2.2.1 Definisi

Keluarga berasal dari bahasa Sansekerta: *kula* dan *warga* "kulawarga" yang berarti "anggota" "kelompok kerabat". Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah (Junaedi, 2009).

Menurut Friedmen dalam Makhfudli (2010) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

2.2.2 Keluarga Sebagai Sasaran Pelayanan Keperawatan

Stuart dalam Makhfudli (2010) memberikan batasan mengenai siapa yang disebut keluarga. Lima sifat keluarga dijabarkan antara lain sebagai berikut :

1. Keluarga merupakan unit terkecil dari suatu sistem.

2. Keluarga mempertahankan fungsinya secara konsisten terhadap perlindungan, makanan, dan sosialisasi anggotanya.
3. Dalam keluarga ada komitmen saling melengkapi antar anggota keluarga.
4. Setiap anggota dapat atau tidak dapat saling berhubungan dan dapat atau tidak dapat tinggal dalam satu atap.
5. Keluarga bisa memiliki anak ataupun tidak.

Latar belakang mengapa keluarga dijadikan sebagai sasaran pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Keluarga dipandang sebagai sumber daya kritis untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.
2. Keluarga sebagai satu kesatuan.
3. Hubungan yang kuat dalam keluarga dengan status kesehatan anggotanya.
4. Keluarga sebagai tempat penemuan kasus dini.
5. Individu dipandang dalam konteks keluarga.
6. Keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya.

2.2.3 Struktur Keluarga

Menurut Makhfudli (2010) struktur keluarga dibagi menjadi :

1. Dominasi jalur hubungan darah.
 - *Patrilineal*. Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah.

- *Matrilineal*. Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu.

2. Dominasi keberadaan tempat tinggal.

- *Patrilokal*. Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.
- *Matrilokal*. Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.

3. Dominasi pengambilan keputusan.

- *Patriakal*. Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami.
- *Matriakal*. Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri.

2.2.4 Bentuk-bentuk keluarga

Menurut Anderson Carter di dalam Makhfudli (2010) bentuk-bentuk keluarga ada 6 macam yaitu :

1. Keluarga inti (*nuclear family*). Keluarga yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak.
2. Keluarga besar (*extended family*). Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
3. Keluarga berantai (*serial family*). Keluarga yang terdiri atas wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kalidan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda atau janda (*single family*). Keluarga ini terjadi oleh karena adanya perceraian atau kematian.

5. Keluarga berkomposisi. Keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara sama-sama.
6. Keluarga kabitas. Dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk satu keluarga.

Sedangkan menurut Potter (2009) selain penjelasan di atas, bentuk-bentuk keluarga yang lain adalah sebagai berikut:

1. Keluarga orang tua tunggal (*Single –Parent Family*). Keluarga ini terbentuk saat satu orang tua meninggalkan keluarga inti karena kematian, perceraian, atau melarikan diri, atau saat seseorang memutuskan untuk memiliki atau mengadopsi anak.
2. keluarga campuran (*Blended Family*). Keluarga ini terbentuk saat orang tua menyertakan anak tanpa hubungan darah dari hubungan sebelumnya atau orang tua asuh ke dalam situasi kehidupan yang baru.
3. Pola hubungan alternatif (*Alternative Patterns of Relationships*). Hubungan ini meliputi rumah tangga dengan jumlah individu dewasa yang banyak, keluarga 'skip-generation' (kakek-nenek yang mengasuh cucu), kelompok dengan anak, nonkeluarga (dewasa yang hidup sendiri), teman pada tempat tinggal yang sama, dan pasangan homoseksual.

2.2.5 Peran dan Fungsi Keluarga

Menurut Effendy dalam Makhfudli (2010) peran keluarga dibagi menjadi :

1. Peran sebagai ayah. Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan

- pemberi rasa aman. Juga sebagai kepala keluarga, anggota kelompok sosial, serta anggota masyarakat dan lingkungan.
2. Peran sebagai ibu. Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya berperan untuk mengurus rumah tangga sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan salah satu anggota kelompok sosial, serta sebagai anggota masyarakat dan lingkungan disamping dapat berperan pula sebagai pencari nafkah tambahan keluarga.
 3. Peran sebagai anak. Anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya, baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

Fungsi keluarga yang berhubungan dengan struktur (setyowati, 2008) adalah :

- a. Struktur legalisasi. Masing-masing keluarga mempunyai hak yang sama dalam menyampaikan pendapat (demokrasi).
- b. Struktur yang hangat, menerima dan toleransi.
- c. Struktur yang terbuka dan anggota keluarga yang terbuka : mendorong kejujuran dan kebenaran (honesty dan authenticity).
- d. Struktur : suka melawan dan tergantung pada peraturan.
- e. Struktur yang bebas : tidak ada peraturan yang memaksa (permissiveness).
- f. Struktur yang kasar : abuse (menyiksa, sukar berteman).
- g. Suasana emosi yang dingin (isolasi, sukar berteman).
- h. Disorganisasi keluarga (disfungsi individu, stress emosional).

Lima fungsi keluarga menurut Friedmen dalam Makhfudli (2010) adalah :

1. Fungsi afektif (*affective function*).
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*).
3. Fungsi reproduksi (*reproductive function*).
4. Fungsi ekonomi (*economic function*).
5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*).

2.2.6 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya dalam makhfudli (2010) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut :

1. Mengenal masalah kesehatan. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana kesehatan habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat. Sebelum keluarga dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialaminya, perawat harus dapat mengkaji keadaan keluarga tersebut agar dapat memfasilitasi keluarga dalam membuat keputusan.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit. Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:

- Keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya).
 - Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan.
 - Keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan.
 - Sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan atau finansial, fasilitas fisik, psikososial).
 - Sikap keluarga terhadap yang sakit.
4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat. Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga harus mengetahui hal-hal sebagai berikut:
- Sumber-sumber keluarga yang dimiliki.
 - Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan.
 - Pentingnya hygiene sanitasi.
 - Upaya pencegahan penyakit.
 - Sikap atau pandangan keluarga terhadap hygiene sanitasi.
 - Kekompakan antar anggota keluarga.
5. Merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat. Ketika merujuk anggota keluarga ke fasilitas kesehatan, keluarga harus mengetahui hal-hal berikut:
- keberadaan fasilitas keluarga.
 - keuntungan-keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan.

- tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan.
- pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.
- fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga.

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi

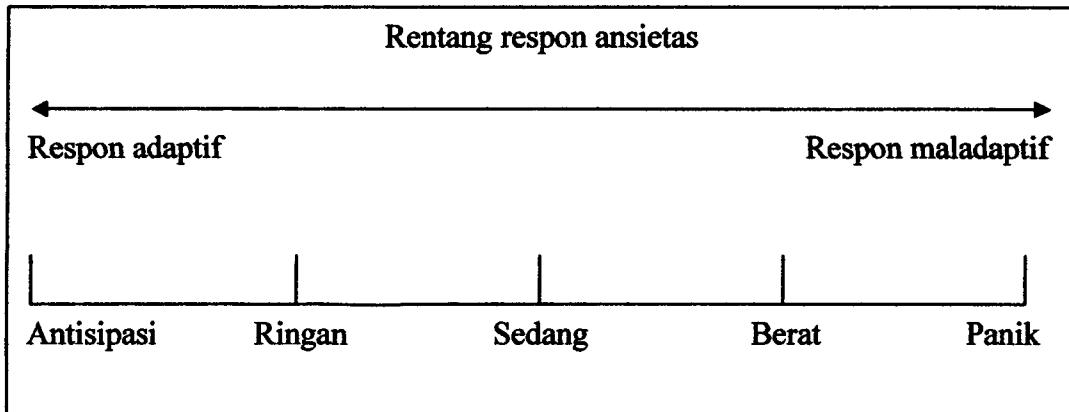
Kecemasan (*ansietas/anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian atau *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2008).

Cemas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2007).

Gangguan ansietas adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang ansietas yang berlebihan, disertai respon perilaku, emosional, dan fisiologis. Individu yang mengalami gangguan ansietas dapat memperlihatkan perilaku yang tidak lazim seperti panik tanpa alasan, takut yang tidak beralasan terhadap objek atau kondisi kehidupan, melakukan tindakan berulang-ulang tanpa dapat dikendalikan, mengalami kembali peristiwa yang traumatik, atau rasa khawatir yang tidak dapat dijelaskan atau berlebihan (Videbeck, 2008).

2.3.2 Tingkat ansietas dan karakteristik

Asmadi (2007) dalam bukunya menjelaskan bahwa kemampuan individu untuk merespons terhadap suatu ancaman berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat ansietas yang dialaminya. Respon individu terhadap ansietas beragam, dari ansietas ringan sampai panik.



Tabel 2.3 Rentang respon ansietas sumber: Stuart dan Sundeen 1998

Tiap tingkatan ansietas mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain (Tabel 2.3) manifestasi ansietas yang terjadi bergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri, dan mekanisme koping yang digunakannya.

Tabel 2.4 Tingkat ansietas dan karakteristik (Asmadi, 2007)

| Tingkat Ansietas | Karakteristik |
|------------------|---|
| Ansietas ringan | <ul style="list-style-type: none"> •Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari •Kewaspadaan meningkat •Persepsi terhadap lingkungan meningkat •Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreativitas •Respon fisiologis: sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar •Respon kognitif: mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan •Respon perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus |

| | |
|-----------------|---|
| | pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi |
| Ansietas sedang | <ul style="list-style-type: none"> • Respons fisiologis: sering nafas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih dan letih • Respons kognitif: memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima • Respons perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak aman |
| Ansietas berat | <ul style="list-style-type: none"> • Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain • Respons fisiologis: nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkabut, serta tampak tegang • Respons kognitif: tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan, serta lapang persepsi menyempit • Respons perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat, dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat) |
| Panik | <ul style="list-style-type: none"> • Respons fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik • Respons kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi dan ketidakmampuan memahami situasi • Respons perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain |

2.3.3 Bentuk-bentuk Ansietas

Tabel 2.5 Bentuk-bentuk ansietas (Sani, 2010)

| | |
|--|---|
| Ansietas depresif | Sering terjadi. |
| Ansietas neurotik | Terjadi konflik dalam awal masa kanak-kanak. |
| Ansietas psikotik | Ditemui pada skizofrenia dan psikosis organik. |
| Ansietas eksistensi | Terjadi dalam kasus-kasus dimana pasien merasa dengan atau tanpa pembenaran keberadaan dirinya diancam oleh keadaan dari luar pasien dan merasa takut tidak dapat mengatasi hidup, ujian/tugas lainnya. |
| Ansietas yang berhubungan dengan objek | Berhubungan dengan ancaman yang berasal dari lingkungan sebagai contoh ansietas terjadi ketika berjalan seorang diri pada malam hari. Tidak membutuhkan pengobatan |
| Ansietas vital | Pengalaman dalam berespon dengan ancaman personal |

| | |
|--|--|
| | yang berasal dari dirinya seperti dalam beberapa kasus myocardial infarction, gagal jantung, cerebral arterosklerosis dan asma |
|--|--|

2.3.4 Faktor Presipitasi Kecemasan

Faktor presipitasi pada gangguan kecemasan berasal dari sumber eksternal dan internal (Stuart, 2006).

1. Mengancam terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau menurunnya kemampuan untuk melaksanakan kehidupan sehari-hari.
2. Mengancam terhadap sistem diri pribadi yang dapat membahayakan identitas harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

3.3.5 Faktor-faktor kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan (Sulung, 2010) :

1. Umur

Menurut Prawirohardjo (2003) menspesifikasikan umur kedalam tiga kategori, yaitu: kurang dari 20 tahun (tergolong muda), 20 - 30 tahun (tergolong menengah), dan lebih dari 30 tahun (tergolong tua). Soewandi (1997) mengungkapkan bahwa umur yang lebih muda lebih mudah menderita stress dari pada umur tua.

2. Keadaan fisik

Menurut Carpenito (2001) penyakit adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang sedang menderita penyakit akan lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan orang yang tidak sedang menderita penyakit.

3. Sosial budaya

Menurut Soewardi (1997), cara hidup orang dimasyarakat juga sangat memungkinkan timbulnya stress. Individu yang mempunyai cara hidup teratur akan mempunyai filsafat hidup yang jelas sehingga umumnya lebih sukar mengalami stress. Demikian juga dengan seseorang yang keyakinan agamanya rendah.

4. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang akan mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan (Raystone, 2005).

5. Tingkat pengetahuan.

Menurut Soewandi (1997) bahwa pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami stress. Ketidaktahuan terhadap suatu hal dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis dan dapat menimbulkan kecemasan. Stress dan kecemasan dapat terjadi pada individu dengan tingkat pengetahuan yang rendah, disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh.

6. Stressor Psikososial

Menurut Hawari (2008) stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang;

sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menganggulangnya. Namun, tidak semua orang mampu melakukan adaptasi dan mengatasi stressor tersebut, sehingga timbullah keluhan-keluhan antara lain berupa stres, cemas dan depresi. Stressor psikososial itu antara lain:

- a. Perkawinan
- b. Problem orang tua
- c. Hubungan interpersonal (antar pribadi)
- d. Pekerjaan
- e. Lingkungan hidup
- f. Keuangan
- g. Hukum
- h. Perkembangan
- i. Penyakit fisik atau cedera
- j. Faktor keluarga
- k. Trauma

Hawari (2008) dalam bukunya menjelaskan bahwa respon atau reaksi seseorang terhadap stresor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan yang lainnya, ada yang menunjukkan gejala-gejala stres, ada juga yang menunjukkan gejala-gejala kecemasan dan atau depresi. Tidak jarang ketiga gejala tersebut juga saling tumpang tindih (*overlapping*), sebab dalam pengalaman klinis jarang ditemukan ketiga gejala tersebut masing-masing berdiri sendiri. Pada gejala stres, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan somatik (fisik), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan psikis. Pada gejala cemas, gejala

yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (ketakutan dan kekhawatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik). Pada gejala depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (kemurungan dan kesedihan), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik)

2.3.6 Mekanisme koping terhadap ansietas

Menurut asmadi (2007) secara umum, mekanisme koping terhadap kecemasan diklasifikasikan ke dalam dua kategori yaitu strategi pemecahan masalah (*problem solving strategic*) dan mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*).

1. Strategi Pemecahan masalah (problem solving strategic)

Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah/ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realistis.

Beberapa contoh strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan antara lain :

- a. Meminta bantuan kepada orang lain.
- b. Secara besar hati, mampu mengungkapkan perasaan sesuai dengan situasi yang ada.
- c. Mencari lebih banyak informasi yang terkait dengan masalah yang dihadapi, sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realistis.
- d. Menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah.
- e. Meluruskan pikiran atau persepsi terhadap masalah. Sesungguhnya bayangan pikiran yang dimiliki setiap orang memberikan pengaruh yang besar dalam kehidupan pribadi. Pikiran tersebut mengenai diri sendiri maupun bayangan pikiran mengenai apa yang dilakukan. Sebab, segala

sesuatu yang dilakukan seseorang adalah reaksi langsung dari apa yang ada dalam pikirannya.

2. Mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*)

Mekanisme pertahanan diri merupakan mekanisme penyesuaian ego yaitu usaha untuk melindungi diri dari perasaan tidak adekuat. Beberapa ciri mekanisme pertahanan diri antara lain :

- a. Bersifat hanya sementara karena berfungsi hanya untuk melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak menyenangkan dan secara tidak langsung mengatasi masalah.
- b. Mekanisme pertahanan diri terjadi diluar kesadaran. Individu tidak menyadari bahwa mekanisme pertahan diri tersebut sedang terjadi.
- c. Sering kali tidak berorientasi pada kenyataan.

2.3.7 Penilaian Tingkat Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala *HARS* merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HARS* terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*No! Present*) sampai dengan 4 (*severe*). Skala cemas menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* yang dikutip Nursalam (2008) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan Cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

- b. Ketegangan: merasa tegang, lesu, mudah terkejut, tidak dapat istirahat dengan nyenyak, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan: pada gelap, ditinggal sendiri, pada orang asing, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan banyak orang.
- d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun malam hari, tidak pulas, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, sulit konsentrasi, sering bingung.
- f. Perasaan depresi: kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, berkurangnya kesukaan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik (otot-otot): nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemeretak, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik: telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskular: denyut nadi cepat, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, merasa napas pendek/sesak, sering menarik napas panjang.
- k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, mual muntah, berat badan menurun, konstipasi/sulit buang air besar, perut melilit, gangguan

pencernaan, nyeri lambung sebelum/sesudah makan, rasa panas di perut, perut terasa penuh/kembung.

- l. Gejala urogenitalia: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenor/menstruasi yang tidak teratur, frigiditas.
- m. Gejala vegetatif/otonom: mulut kering, muka kering, mudah berkeringat, pusing atau sakit kepala, bulu roma berdiri.
- n. Apakah ibu merasakan: gelisah, tidak tenang, mengkerutkan dahi muka tegang, tonus/ketegangan otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai sebagai berikut:

- | | |
|------------------|---|
| 0 = Tidak ada | (tidak ada gejala sama sekali) |
| 1 = Ringan | (satu gejala dari pilihan yang ada) |
| 2 = Sedang | (separuh dari gejala yang ada) |
| 3 = Berat | (lebih dari separuh dari gejala yang ada) |
| 4 = Sangat berat | (semua gejala ada) |

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 6 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

2.4 Orientasi Ruang

2.4.1 Definisi

Orientasi adalah peninjauan untuk menentukan sikap (arah, tempat, dsb) yang tepat dan benar, pandangan yang mendasari pikiran, perhatian atau kecenderungan, melihat-lihat atau meninjau (supaya lebih kenal atau lebih tahu), mempunyai kecenderungan pandangan atau menitikberatkan pandangan/berkiblat (Artikata, 2010).

Orientasi ruangan perawatan adalah mengenalkan atau mengorientasikan pasien terhadap ruangan perawatan, unit perawatan, serta peraturan-peraturan yang berlaku di ruang perawatan (Perry & Potter, 2009). Orientasi menjelaskan keadaan saat seseorang dengan jelas menyadari posisinya relatif terhadap lingkungan (Brooker, 2009).

2.4.2 Tujuan dan Waktu Orientasi

Tujuan orientasi ruangan (SOP penerimaan pasien baru Irna Medik RSU Dr. Soetomo, 2007):

1. Agar pasien merasa aman dan nyaman selama dirawat.
2. Pasien dan keluarga mengetahui peraturan yang berlaku.
3. Pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Orientasi ruangan perlu dilakukan pada pasien dan keluarga yang baru masuk ke ruang rawat inap di rumah sakit, jika tidak dilakukan maka kemungkinan besar akan mengalami kecemasan. Bantuan yang efektif dari perawat melalui pendekatan asuhan keperawatan diperlukan untuk mengatasi kecemasan pada pasien (Rasmun, 2004). Salah satu tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat adalah orientasi ruangan kepada pasien dan keluarga

untuk menghindari sesuatu yang mencemaskan dan menakutkan bagi pasien (Nursalam, 2005).

Setelah sampai di unit perawatan klien dan keluarga diperkenalkan dengan perawat yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien. Saat awal dimulainya fase orientasi dalam hubungan perawat – klien, perawat melengkapinya sejumlah prosedur yang telah dilakukan selama proses penerimaan, termasuk diantaranya ialah prosedur untuk mengorientasikan klien dan keluarga dengan ruangan dan unit, mengumpulkan riwayat keperawatan dan pengkajian fisik, mengumpulkan spesimen, dan melakukan klarifikasi terhadap pertanyaan dan harapan klien (Perry & Potter, 2009).

2.4.3 Instrumen Orientasi

Menurut SOP penerimaan pasien baru Irna Medik RSUD Dr. Soetomo, (dimodifikasi dari Nursalam, 2005) prosedur orientasi yang dilakukan adalah:

1. Mengenalkan pada perawat jaga.
2. Memberikan orientasi ruangan pada pasien :
 - Tempat tidur (tempat tidur dan fasilitas lainnya)
 - Cara memanggil petugas (tombol atau lampu)
 - Hiburan (TV, jika ada)
 - Kamar mandi
 - Penggunaan telepon
3. Memperkenalkan dengan teman sekamar
4. Menunjukkan tempat khusus: tindakan medis, dapur dan ruangan lain.
5. Jelaskan kelas perawatan dan biaya perawatan yang diperlukan.

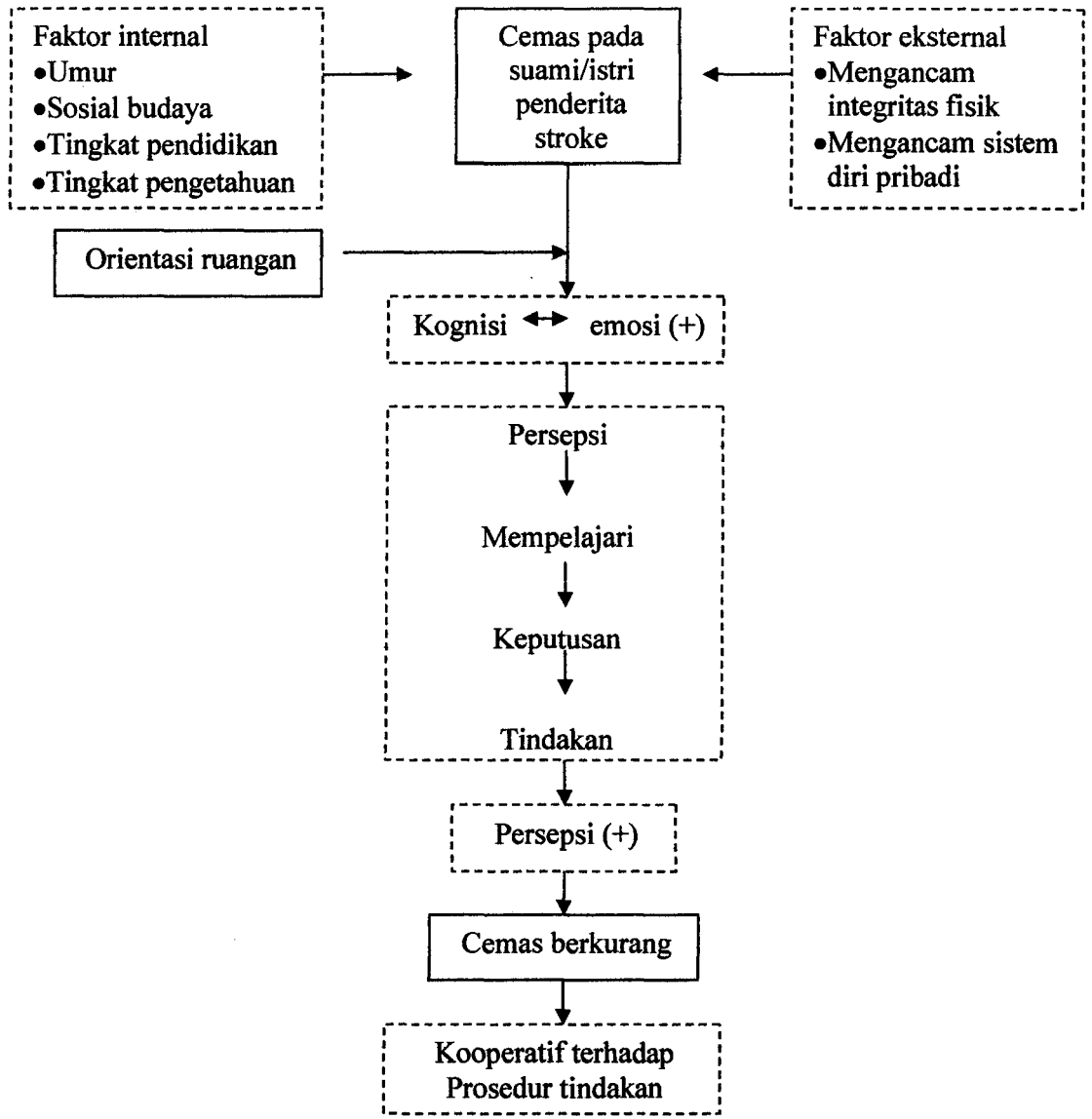
6. Memberitahukan peraturan di rumah sakit: jam berkunjung, siapa yang boleh berkunjung, jam makan dan aturan membawa makan, waktu istirahat, mandi, dan lain-lain.
7. Melaksanakan kegiatan rutin: observasi tanda-tanda vital dan hal-hal yang lain.
8. Memberitahukan peraturan mengenai peran keluarga dalam perawatan anak.
9. Yakinkan pada pasien bahwa semua informasi tentang status kesehatan pasien terjamin kerahasiaannya.

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

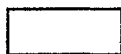
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

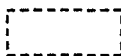
3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan



Diteliti



Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP terhadap kecemasan suami/istri penderita stroke.

Pada suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat akan mengalami kecemasan yang disebabkan berbagai macam faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal. Apalagi bila cemas ini dialami oleh klien yang dirawat di rumah sakit. Berbagai situasi dan kondisi akan membuatnya semakin cemas. Kecemasan dapat merubah perilaku suami/istri penderita stroke menjadi negatif. Oleh karenanya perawat sebagai tenaga kesehatan profesional tidak boleh mengabaikan aspek emosi ini dalam memberikan asuhan keperawatan (Asmadi, 2008). Orientasi ruangan dapat merubah perilaku dan cara berfikir suami/istri penderita stroke yang negatif menjadi positif. Selain itu orientasi dapat juga menurunkan kecemasan. Sebagaimana dikutip dari Nursalam (2005) yaitu hal penting yang harus dilaksanakan oleh perawat adalah orientasi ruangan kepada penderita dan keluarga untuk menghindari sesuatu yang mencemaskan dan menakutkan bagi penderita tersebut. Orientasi meliputi pengenalan pada ruangan dan alat-alat, peraturan-peraturan, petugas atau perawat yang ada.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan proporsi keilmuan yang dilandasi oleh kerangka konseptual penelitian dan merupakan jawaban sementara terhadap permasalahan yang dihadapi, yang dapat diuji kebenarannya berdasarkan fakta empiris (Sugiyono, 2010).

Hipotesis pada penelitian ini adalah :

H1 : Ada pengaruh pemberian orientasi ruangan terhadap kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4**METODE PENELITIAN****4.1 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian merupakan rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti sebagai strategi kegiatan yang akan dilaksanakan (Arikunto, 2006). Rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil. (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan *Pra Eksperimental one group pra-post test design*, yaitu mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2008). Adapun rancangan penelitian ini adalah:

Tabel 4.1 Rancangan Penelitian *Pra Eksperimental one group pra-post test design* (Nursalam, 2008).

| Subyek | Pra | Perlakuan | Pasca -tes |
|--------|--------------|--------------|---------------|
| K | 0 Waktu 1 | I Waktu 2 | O1 Waktu 3 |

Keterangan:

K: subjek

O: observasi tingkat kecemasan sebelum orientasi

I : intervensi (orientasi ruangan)

O1: observasi tingkat kecemasan sesudah orientasi

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini populasinya adalah suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini sampel diambil dari sebagian keluarga (suami/istri) penderita yang menunggu di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang masih dirawat selama penelitian berlangsung dan memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di Ruang Seruni.
2. Suami/istri penderita yang menunggu di Ruang Seruni.
3. Suami/istri penderita yang dirawat lebih dari dua hari.
4. Pendidikan minimal SLTP.

Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Penderita berstatus duda atau janda.
2. Penderita belum menikah.
3. Pendidikan SD.
4. Suami/istri penderita yang pulang paksa pada hari pertama dirawat.

4.2.3 Besar sampel

Pada penelitian ini besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1+N(d)^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = Tingkat signifikansi (p)

$$\begin{aligned} n &= \frac{22}{1 + 22(0,05)^2} \\ &= 21 \end{aligned}$$

4.2.4 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Sedangkan teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam, 2008). Adapun teknik yang dimaksud adalah *Purposive sampling* yaitu penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

Peneliti menentukan sampel secara langsung sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Total sampel yang didapatkan oleh peneliti adalah 21 orang keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2010).

4.3.1 Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel Independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini variabel independen yang digunakan adalah orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru pada suami/istri penderita yang baru pertama kali dirawat di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.3.2 Variabel tergantung (*dependent variable*)

Variabel tergantung adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Sugiyono, 2010). Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 : Definisi Operasional Variabel

| VARIABEL | DEFINISI OPERASIONAL | PARAMETER | ALAT UKUR | SKALA | SKOR |
|---|--|--|-----------|-------|------|
| Variabel independen: Orientasi ruangan | Penjelasan tentang pelayanan keperawatan dan sarana yang ada di rumah sakit kepada anggota keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat. | <p>Orientasi yang diberikan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenalkan pada perawat jaga. 2. Memberikan orientasi ruangan pada pasien : <ul style="list-style-type: none"> - Tempat tidur (tempat tidur dan fasilitas lainnya) - Cara memanggil petugas (tombol atau lampu) - Hiburan (TV, jika ada) - Kamar mandi - Penggunaan telepon <ol style="list-style-type: none"> 3. Memperkenalkan dengan teman sekamar 4. Menunjukkan tempat khusus: tindakan medis, dapur dan ruangan lain. 5. Menjelaskan kelas perawatan dan biaya perawatan yang diperlukan. 6. Memberitahukan peraturan di rumah sakit: jam berkunjung, siapa yang boleh berkunjung, jam | S O P | - | - |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------------------|---------|---|
| | | <p>makan dan aturan membawa makan, waktu istirahat, mandi, dan lain-lain.</p> <p>7. Melaksanakan kegiatan rutin: observasi tanda-tanda vital dan hal-hal yang lain.</p> <p>8. Memberitahukan peraturan mengenai peran keluarga dalam perawatan anak.</p> <p>9. Yakinkan pada pasien bahwa semua informasi tentang status kesehatan pasien terjamin kerahasiaannya.</p> | | | |
| Variabel dependen: Tingkat kecemasan | Tingkat kekhawatiran atau ketakutan yang dialami anggota keluarga (suami / istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat | <p>Penilaian kecemasan menggunakan instrumen <i>HARS</i> yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan Cemas - Ketegangan - Ketakutan - Gangguan tidur - Gangguan kecerdasan - Perasaan depresi - Gejala somatik (otot-otot) - Gejala sensorik - Gejala kardiovaskular - Gejala pernapasan | Wawancara Terstruktur | Ordinal | <p>Skor:</p> <p>0 : Tidak ada gejala</p> <p>1: Satu gejala dari pilihan yang ada</p> <p>2: Separuh dari gejala yang ada</p> <p>3: Lebih dari separuh gejala yang ada</p> <p>4: Semua gejala ada</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Gejala gastrointestinal - Gejala urogenitalias - Gejala vegetatif - Tingkah laku / sikap | | | <p>Cara penilaian tingkat kecemasan:</p> <p>Skor kurang dari 6 (tidak ada kecemasan)</p> <p>Skor 6-14 (kecemasan ringan)</p> <p>Skor 15-27 (kecemasan sedang)</p> <p>Skor lebih dari 27 (kecemasan berat)</p> |
|--|--|---|--|--|---|

4.4 Instrumen Penelitian

Menurut Arikunto (2006), instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data tingkat kecemasan dengan menggunakan alat ukur HARS menurut Nursalam (2008) terdiri dari 14 item yaitu: Perasaan Cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik (otot-otot), gejala sensorik, gejala kardiovaskular, gejala pernapasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenitalia, gejala vegetatif / otonom, tingkah laku / sikap selama wawancara.

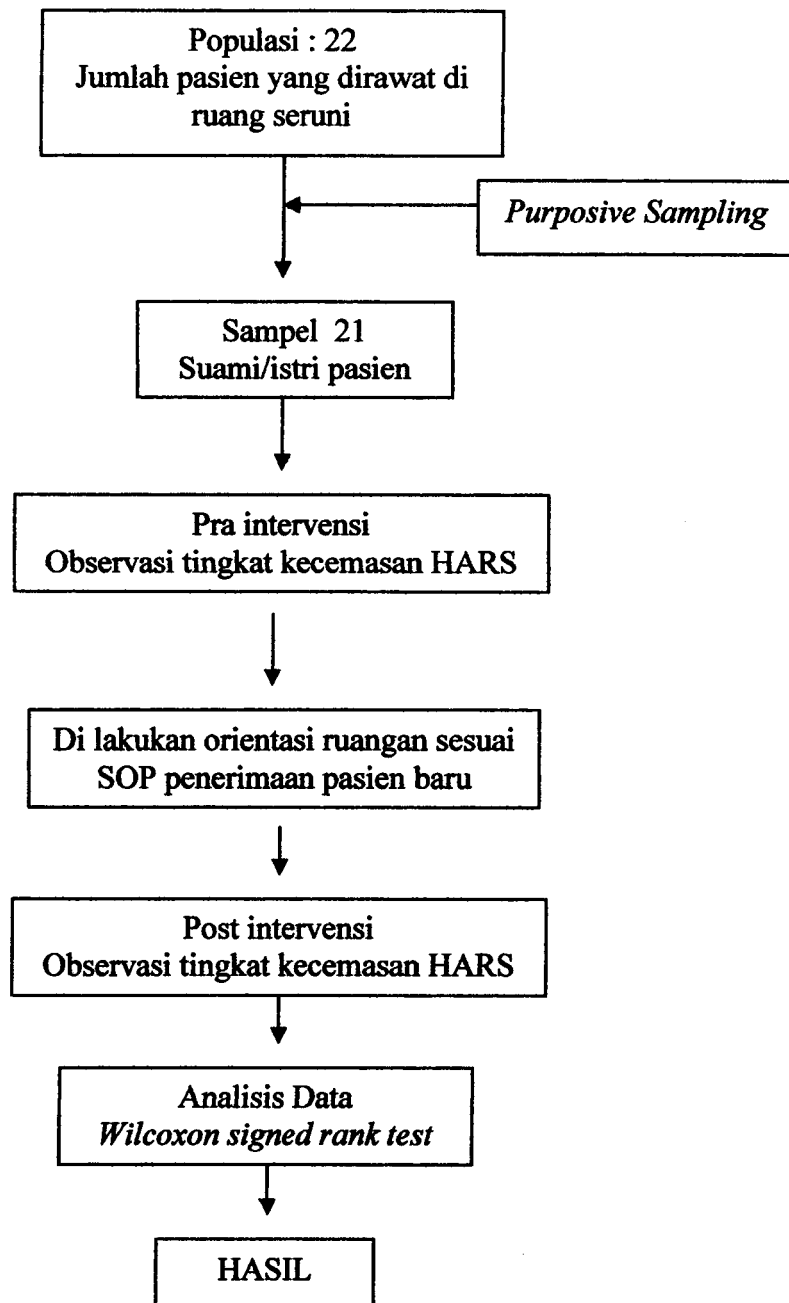
4.5 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di Instalasi Rawat Inap Medik ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 29 Desember 2010 sampai tanggal 23 Januari 2011.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, berbagai sumber, dan berbagai cara (Sugiyono, 2009). Langkah awal yang dilakukan peneliti adalah menyeleksi responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan. Setelah itu memperkenalkan diri dan memberi penjelasan pada calon responden tentang penelitian yang akan dilakukan, apabila berkenan maka meminta persetujuan (*informed consent*) untuk menjadi responden penelitian. Setelah itu dilakukan pengukuran tingkat kecemasan melalui wawancara terstruktur berdasarkan alat ukur HARS. Kemudian dilakukan orientasi ruangan. Setelah dilakukan orientasi ruangan responden diberi kesempatan untuk bertanya apa yang tidak dimengerti dan belum dipahami. Setelah itu responden diberi kesempatan untuk menunggu keluarga yang sakit. Satu atau dua hari kemudian dilakukan pengukuran tingkat kecemasan lagi melalui wawancara terstruktur berdasarkan alat ukur HARS. Selanjutnya peneliti mengumpulkan seluruh data. Data yang telah dikumpulkan kemudian ditabulasi. Data yang dianggap memenuhi syarat untuk selanjutnya diberi tanda khusus (*coding*) untuk menghindari pencantuman identitas atau menghindari adanya kesalahan dan duplikasi entri data, kemudian dilakukan analisis.

4.2 Kerangka Kerja Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian *Pra Experimental*

4.8 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini setelah data terkumpul, kemudian dilakukan perhitungan untuk menentukan skor tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dan sesudah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru dengan menggunakan alat ukur kecemasan HARS. Kemudian untuk mengetahui pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke, dilakukan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ dengan rumus :

$$Z = \frac{T - \frac{n(n+1)}{4}}{\sqrt{\frac{n(n+1)(2n+1)}{4}}}$$

Keterangan :

T = Jumlah jenjang atau rangking yang kecil

n = Jumlah sampel (Sugiyono, 2010).

Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap penurunan tingkat kecemasan keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer dengan sistem *SPSS (Software Product and Service Solution)* Versi 17.0 agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.9 Etik Penelitian

Setelah mendapatkan persetujuan barulah penelitian ini dilakukan dengan menekankan masalah etik yang meliputi:

4.9.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diberikan langsung kepada responden untuk ditandatangani. Sebelumnya peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan dan manfaat penelitian. Permintaan persetujuan responden tidak ada unsur paksaan, jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak keluarga pasien.

4.9.2 Anonimity (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan dan *privacy* dari masing-masing responden data yang sudah terkumpul tidak dicantumkan namanya baik dalam kuesioner maupun dalam laporan penelitian.

4.9.3 Confidentialy (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden, dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya informasi tertentu saja yang akan dilaporkan dalam hasil peneliti.

4.10 Keterbatasan

1. Tidak adanya kelompok kontrol sehingga perbedaan yang terjadi antara pre dan pasca tes tidak dapat dipastikan apakah perbedaan itu disebabkan oleh perlakuan yang diberikan ataukah tidak.
2. Responden terbatas pada suami/istri penderita yang baru dirawat di Ruang Seruni sehingga hasil penelitian tidak bisa digeneralisasikan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian dan pembahasan tentang perbedaan tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dan sesudah dilakukan orientasi ruangan yang dilaksanakan di Unit Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Hasil penelitian yang disajikan meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan distribusi responden menurut umur, distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, distribusi responden berdasarkan pendidikan, dan distribusi responden berdasarkan pekerjaan. Data khusus meliputi tingkat kecemasan responden yaitu tidak ada kecemasan, kecemasan ringan, kecemasan sedang, dan kecemasan berat. Penelitian ini dilakukan tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011 di Instalasi Rawat Inap Medik Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Ruang Seruni merupakan unit pelayanan rawat inap bagian dari Instalasi Rawat Inap Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang khusus merawat penderita Stroke. Letak unit ruang Seruni dibatasi oleh sebelah selatan berbatasan dengan apotik Depo Farmasi Irna Anak, sebelah utara berbatasan dengan Unit Sistem Informasi Manajemen, sebelah barat berbatasan dengan gedung Ikoma dan sebelah timur berbatasan dengan unit Ruang Bona 1.

Kapasitas tempat tidur Unit Ruang Seruni berjumlah 22 tempat tidur yang terbagi atas 2 ruangan kelas 2 = 6 tempat tidur, 2 ruangan kelas 1 biasa = 4 tempat tidur, 6 ruangan kelas 1 utama = 12 tempat tidur. Jumlah tenaga di Unit Ruang

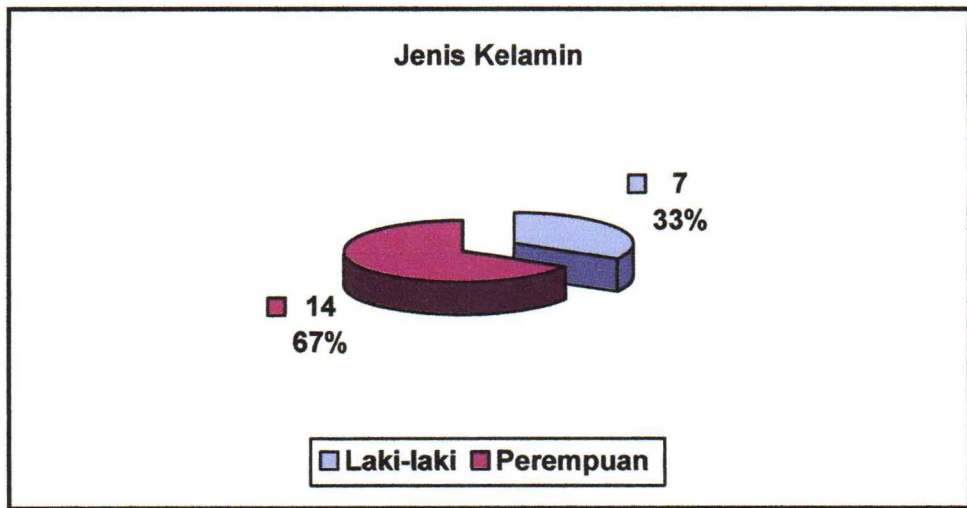
Seruni sebanyak 18 orang yang terdiri atas 13 orang perawat dengan kualifikasi 2 orang lulusan S1 Keperawatan, 1 orang lulusan D4 Keperawatan dan 10 orang lulusan D3 Keperawatan, 1 orang tenaga administrasi, 2 orang tenaga pembantu perawat dan 2 orang tenaga pekarya rumah tangga.

5.1.2 Data Umum

5.1.2.1 Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden penelitian yang diperoleh pada saat pengumpulan data meliputi:

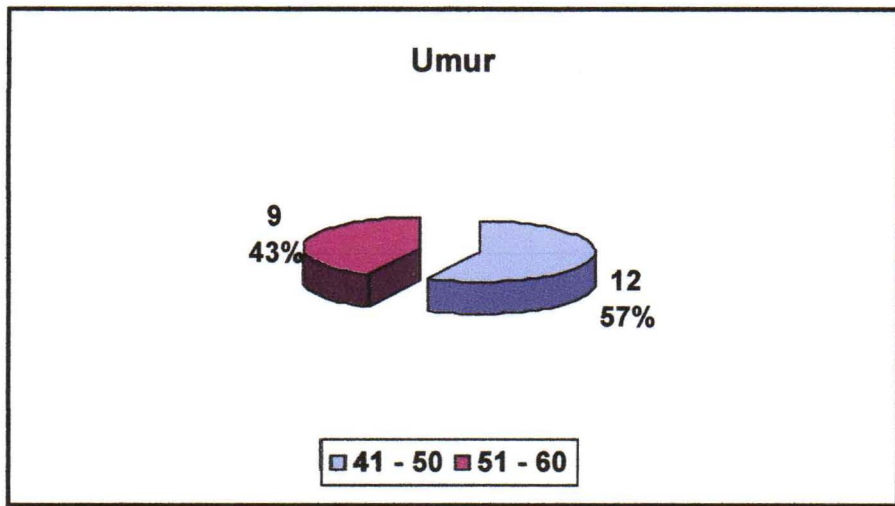
1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden penelitian berdasarkan jenis kelamin di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011.

Data diatas menunjukkan sebagian besar dari responden penelitian yaitu 14 orang (67%) berjenis kelamin perempuan, sedangkan responden laki-laki ada 7 orang (33%).

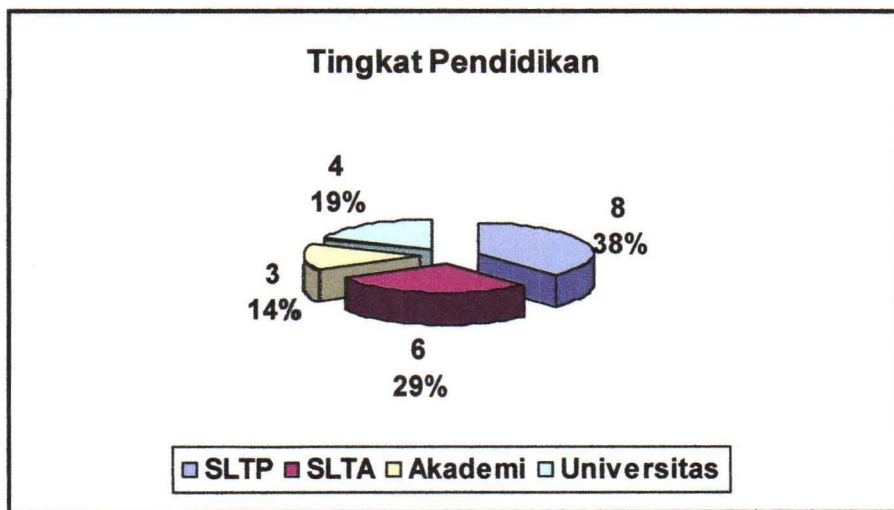
2. Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Distribusi responden penelitian berdasarkan umur di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011.

Data diatas menunjukkan sebagian besar dari responden penelitian yaitu 12 orang (57%) berusia antara 41 – 50 tahun, sedangkan responden yang berusia antara 51 – 60 tahun sebanyak 9 orang (43%).

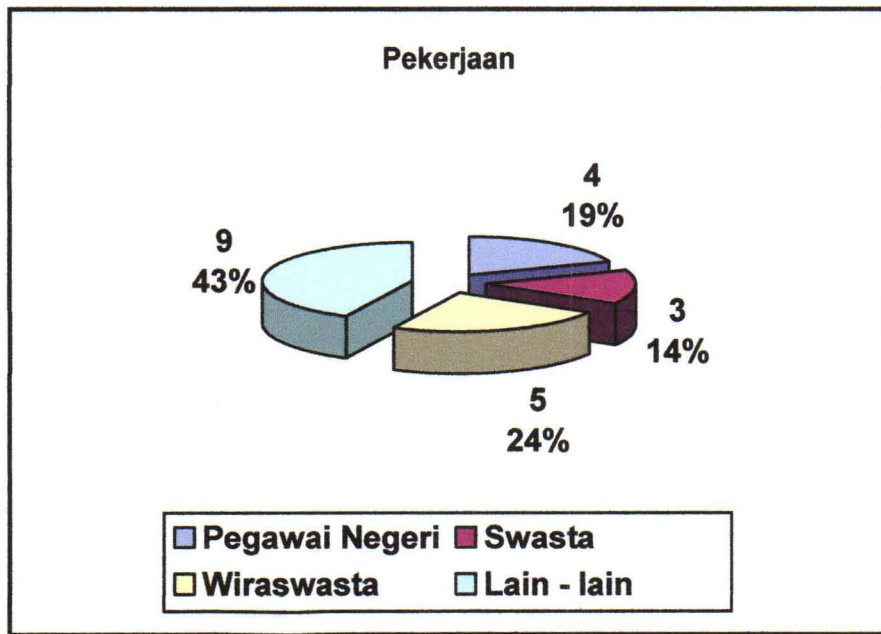
3. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi responden penelitian berdasarkan tingkat pendidikan di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011.

Data diatas menunjukkan dari 21 responden sebanyak 8 orang (38%) berpendidikan SLTP, 6 orang (29%) berpendidikan SLTA, 4 orang (19%) berpendidikan Sarjana, sedangkan 3 orang (14%) berpendidikan Akademi.

4. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

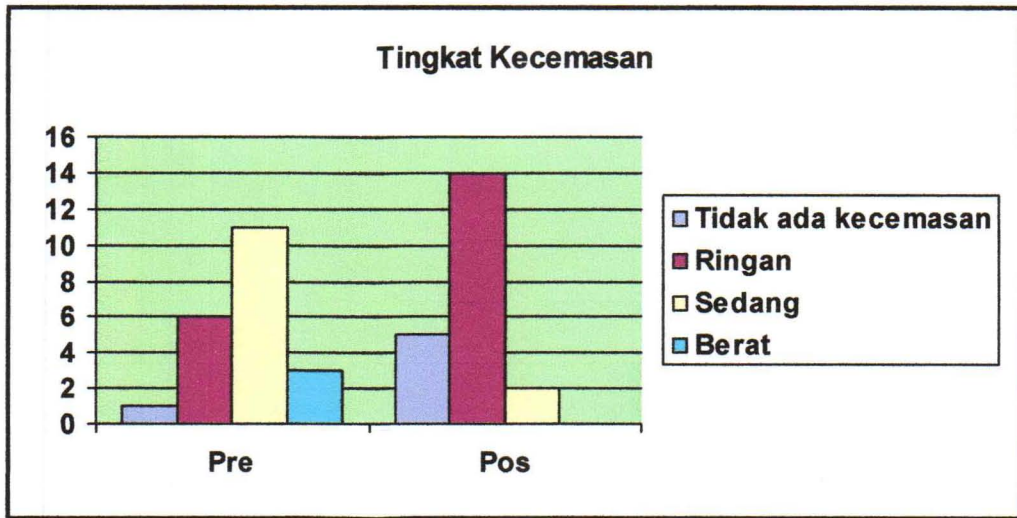


Gambar 5.4 Distribusi responden penelitian berdasarkan pekerjaan di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011.

Data diatas menunjukkan dari 21 responden sebanyak 7 orang (33%) sebagai ibu rumah tangga, 5 orang (24%) bekerja sebagai wiraswastawan, 4 orang (19%) bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, 3 orang (14%) bekerja sebagai karyawan swasta, dan 2 orang (10%) sebagai pensiunan Pegawai Negeri Sipil.

5.1.3 Data Khusus

5.1.3.1 Tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dan sesudah dilakukan orientasi ruangan.



Gambar 5.5 Diagram batang tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dan sesudah dilakukan orientasi ruangan di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 29 Desember 2010 sampai 23 Januari 2011.

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan orientasi ruangan sebagian besar responden yaitu sebanyak 11 orang (52%) mengalami tingkat kecemasan sedang, 6 orang (29%) cemas ringan, 3 orang (14%) cemas berat, dan 1 orang (5%) tidak mengalami kecemasan.

Setelah dilakukan orientasi ruangan sebagian besar responden mengalami penurunan tingkat kecemasan dimana 14 orang (67%) cemas ringan, 2 orang (9%) cemas sedang, dan 5 orang (24%) tidak lagi mengalami kecemasan.

5.1.3.2 Identifikasi pengaruh orientasi ruangan terhadap penurunan tingkat kecemasan responden

| No | Sebelum orientasi | | Sesudah orientasi | |
|----|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Skor | Tingkat kecemasan | Skor | Tingkat kecemasan |
| 1 | 8 | Ringan | 2 | Tidak ada |
| 2 | 25 | Sedang | 8 | Ringan |
| 3 | 26 | Sedang | 6 | Ringan |
| 4 | 30 | Berat | 8 | Ringan |
| 5 | 5 | Tidak ada | 3 | Tidak ada |
| 6 | 12 | Ringan | 9 | Ringan |
| 7 | 16 | Sedang | 7 | Ringan |
| 8 | 10 | Ringan | 5 | Tidak ada |
| 9 | 20 | Sedang | 10 | Ringan |
| 10 | 18 | Sedang | 8 | Ringan |
| 11 | 22 | Sedang | 10 | Ringan |
| 12 | 7 | Ringan | 4 | Tidak ada |
| 13 | 37 | Berat | 24 | Sedang |
| 14 | 13 | Ringan | 8 | Ringan |
| 15 | 32 | Berat | 18 | Sedang |
| 16 | 24 | Sedang | 11 | Ringan |
| 17 | 27 | Sedang | 9 | Ringan |
| 18 | 19 | Sedang | 10 | Ringan |
| 19 | 23 | Sedang | 13 | Ringan |
| 20 | 7 | Ringan | 3 | Tidak ada |
| 21 | 24 | Sedang | 11 | Ringan |

Wilcoxon sign rank test p = 0,00

| Sebelum orientasi | Jumlah responden | Sesudah orientasi | Jumlah responden |
|---------------------|------------------|---------------------|------------------|
| Tingkat Kecemasan | | Tingkat kecemasan | |
| Tidak ada kecemasan | 1 | Tidak ada kecemasan | 5 |
| Cemas ringan | 6 | Cemas ringan | 14 |
| Cemas sedang | 11 | Cemas sedang | 2 |
| Cemas berat | 3 | Cemas berat | - |
| Jumlah | 21 | Jumlah | 21 |

Table 5.1 Identifikasi pengaruh orientasi ruangan terhadap penurunan tingkat kecemasan responden.

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa sebelum dilakukan orientasi ruangan sebanyak 1 orang (5%) tidak mengalami kecemasan, 6 orang (29%) cemas ringan, 11 orang (52%) cemas sedang, dan 3 orang (14%) cemas berat.

Sesudah dilakukan orientasi ruangan sebagian besar responden mengalami penurunan tingkat kecemasan dimana 14 orang (67%) cemas ringan, 2 orang (9%) cemas sedang, dan 5 orang (24%) tidak lagi mengalami kecemasan.

Tabel diatas menunjukkan setelah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terdapat hubungan yang signifikan terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke, dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon signed rank test* yang menunjukkan nilai signifikansi $p = 0,00$ ini berarti probabilitasnya $\alpha < 0,05$ dengan demikian hipotesa diterima yaitu ada pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap penurunan tingkat kecemasan keluarga (suami/istri) penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di Ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dilakukan orientasi ruangan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa suami/istri penderita stroke saat masuk ruangan dan belum dilakukan orientasi ruangan mengalami kecemasan dengan berbagai macam tingkatan yaitu tidak ada kecemasan 1 orang (5%), cemas ringan 6 orang (29%), cemas sedang 11 orang (52%), cemas berat 3 orang (14%).

Ansietas merupakan respon terhadap rangsangan tertentu yang datangnya dari lingkungan hidupnya (Sani, 2007). Dari data diatas didapatkan 3 orang (14%) mengalami cemas berat. Cemas berat dialami ketika individu yakin bahwa ada

sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, ia memperlihatkan respon takut dan distres (Videbeck, 2008). Dari ketiga responden tersebut terdapat 2 orang responden berpendidikan SLTP. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang baik dari dalam maupun dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang berpendidikan lebih rendah atau mereka yang tidak berpendidikan. Kecemasan adalah respon yang dapat dipelajari. Dengan demikian pendidikan yang rendah menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan (Raystone, 2005). Sedangkan 1 responden yang mengalami cemas berat berlatar belakang pendidikan sarjana, sehingga bisa dikatakan pengetahuannya cukup. Namun ada kemungkinan pengetahuan dalam bidang kesehatan masih kurang. Menurut Soewandi (1997) bahwa pengetahuan yang rendah mengakibatkan seseorang mudah mengalami stress. Ketidaktahuan terhadap suatu hal dianggap sebagai tekanan yang dapat mengakibatkan krisis dan dapat menimbulkan kecemasan. Stress dan kecemasan dapat terjadi pada individu dengan tingkat pengetahuan yang rendah, disebabkan karena kurangnya informasi yang diperoleh. Kecemasan ini ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan (Hawari, 2008).

Selain itu kecemasan yang terjadi bisa disebabkan oleh karena suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat merasa asing dengan lingkungan dan situasi serta kondisi ruang rawat inap yang baru pertama kali ditempatinya. Sedangkan faktor yang lain bisa karena petugas jaga baik perawat, dokter atau petugas kesehatan lain adalah orang-orang asing yang tidak pernah dijumpai sebelumnya, sehingga mereka tidak mengenalnya dengan baik.

Menurut Sullivan dalam Suliswati (2005) kecemasan timbul akibat ketidakmampuan untuk berhubungan interpersonal dan sebagai akibat penolakan. Kecemasan bisa dirasakan bila individu mempunyai kepekaan lingkungan. Sedangkan penyebab dari kecemasan dipengaruhi oleh banyak faktor, baik faktor dari petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan baru, maupun keluarga yang mendampingi (Nursalam, 2005). Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang dihadapinya (Hawari, 2008). Perawatan anggota keluarga di rumah sakit yang menderita stroke akan menimbulkan kecemasan bagi seluruh keluarga, dimana saat mengalami stroke hal ini akan mengubah kehidupan pasangan, keluarga, dan orang tercinta lainnya (Potter, 2009).

Dirawat dirumah sakit adalah situasi baru yang tidak menyenangkan bagi klien dan keluarga, dengan masuk rumah sakit semua kebiasaan yang selama ini dilakukan sendiri menjadi tidak bisa dilakukan dan terbatas, perasaan yang dirasakan disebabkan karena banyaknya stressor baru yang dihadapi secara bersamaan, misalnya lingkungan yang asing. Selain itu pada seseorang yang sudah menikah dan kehidupan rumah tangganya berjalan dengan harmonis dimana terdapat rasa saling menghormati, menghargai dan tergantung antara satu sama lainnya, maka bila salah satu pasangan ada yang sakit dan perlu dirawat di rumah sakit ini akan menimbulkan rasa khawatir, takut, dan cemas akan kondisi pasangannya tersebut.

5.2.2 Kecemasan suami/istri penderita stroke sesudah dilakukan orientasi ruangan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sesudah dilakukan orientasi ruangan tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke mengalami penurunan dibandingkan sebelum dilakukan orientasi ruangan. Tingkat kecemasan tersebut terdiri dari tidak ada kecemasan 5 orang (24%), cemas ringan 14 orang (67%), dan cemas sedang 2 orang (9%). Cemas sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek atau keadaan. Keadaan emosi ini dialami secara subyektif bahkan kadang objeknya tidak jelas. Artinya, seseorang dapat saja menjadi cemas, namun sumber atau sesuatu yang dicemaskan tersebut tidak tampak nyata (Asmadi, 2008). Siapapun di dunia ini tentu pernah mengalami perasaan cemas, yang membedakannya bagaimana mereka mensikapi hadirnya perasaan ini. Ada yang mampu mengendalikannya namun tidak jarang yang justru mereka dikendalikan oleh perasaan ini, sehingga mereka tenggelam didalamnya (Abdullah, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden yaitu 67% (14 orang) mengalami cemas ringan setelah dilakukan orientasi ruangan. Menurut Maruhawa (2005) pada tingkat kecemasan ringan individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indra, dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Pada ansietas ringan individu dapat memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah (Videbeck, 2008). Kecemasan dapat menimbulkan reaksi konstruktif yaitu individu termotivasi untuk belajar mengadakan perubahan terutama perubahan terhadap perasaan tidak

nyaman dan terfokus pada kelangsungan hidup (Suliswati, 2005). Mekanisme pertahanan yang digunakan, tergantung kepada model dan bentuk kepribadian, sesuatu yang telah berkembang bersama-sama dengan pengaruh lingkungan, sosio budaya, dan pendidikan (pola asuh) yang menyertainya (Sani, 2007). Budaya memengaruhi nilai yang dimiliki oleh individu dan karenanya latar belakang budaya juga berkaitan dengan sumber kecemasan dan respon individu terhadap kecemasan (Maruhawa, 2005). Menurut Hawari (2008) tidak semua orang yang mengalami stresor psikososial akan menderita gangguan cemas, hal ini tergantung pada struktur kepribadiannya. Asmadi (2007) dalam bukunya menjelaskan bahwa kemampuan individu untuk merespons terhadap suatu ancaman berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat ansietas yang dialaminya. Individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan atau mengambil sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, intrapersonal, dan interpersonal (Maruhawa, 2005).

Berdasarkan penjelasan diatas dapat diketahui bahwa setelah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru tingkat kecemasan responden mengalami penurunan, hal ini bisa terjadi oleh karena pada diri seseorang terdapat perbedaan tentang cara mengatasi rasa cemas yang dialaminya. Sehingga pada individu yang mengalami stressor yang sama belum tentu akan mengalami tingkat kecemasan yang sama pula. Tergantung bagaimana mereka menyikapi stressor tersebut. Selain itu budaya dan pengalaman hidup akan berperan juga dalam mengatasi rasa cemas yang di alami.

5.2.3 Pengaruh orientasi ruangan terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan orientasi ruangan sebanyak 1 orang (5%) tidak mengalami kecemasan, 6 orang (29%) cemas ringan, 11 orang (52%) cemas sedang, dan 3 orang (14%) cemas berat. Tetapi sesudah dilakukan orientasi ruangan sebagian besar responden mengalami penurunan tingkat kecemasan dimana 14 orang (67%) cemas ringan, 2 orang (9%) cemas sedang, dan 5 orang (24%) tidak lagi mengalami kecemasan.

Setelah mengetahui tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke sebelum dan sesudah dilakukan orientasi ruangan tersebut, maka dilakukan uji statistik *Wilcoxon signed rank test*, dimana hasilnya menunjukkan nilai signifikansi $P = 0,00$ ini berarti probabilitasnya $\alpha < 0,05$ dengan demikian hipotesa diterima yaitu adanya pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

Orientasi ruangan perlu dilakukan pada pasien dan keluarga yang baru masuk ke ruang rawat inap di rumah sakit, jika tidak dilakukan maka kemungkinan besar akan mengalami kecemasan (Rasmun, 2004). Sedangkan salah satu tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat adalah orientasi ruangan kepada pasien dan keluarga untuk menghindari sesuatu yang mencemaskan dan menakutkan bagi pasien tersebut. Orientasi meliputi pengenalan pada ruangan dan alat-alat, peraturan-peraturan, petugas/perawat yang ada (Nursalam, 2005). Setelah sampai di unit perawatan klien dan keluarga diperkenalkan dengan perawat yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien.

Saat awal dimulainya fase orientasi dalam hubungan perawat – klien, perawat melengkapi sejumlah prosedur yang telah dilakukan selama proses penerimaan, termasuk diantaranya ialah prosedur untuk mengorientasikan klien dan keluarga dengan ruangan (Perry & Potter, 2009).

Setelah dilakukan orientasi ruangan maka suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat akan lebih mengenal lingkungan ruang rawat inap tersebut sehingga bisa beradaptasi. Lingkungan yang tenang terhindar dari keributan dan keramaian akan menimbulkan rasa nyaman, sehingga komunikasi dapat berjalan hangat dan lancar. Pada saat yang bersamaan mereka sudah mulai mengenal perawat dan dokter yang merawat klien, mengenal teman sekamar, tahu dimana harus menebus obat, tahu kapan waktunya pemeriksaan dan pemberian obat oral dan injeksi. Selain itu penjelasan dari petugas tentang penyakit, proses pengobatan, pemberian perawatan secara baik dan profesional akan berperan juga terhadap penurunan tingkat kecemasan yang dialami. Dengan pemberian orientasi ruangan sesuai SOP secara baik dan benar maka tingkat kecemasan keluarga dalam hal ini suami/istri penderita stroke akan mengalami penurunan, sehingga keluarga (suami/istri) lebih kooperatif dalam merawat penderita.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat ketika memasuki ruang rawat inap, akan mengalami kecemasan dengan berbagai macam tingkatan. Sesudah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru dengan baik, benar dan profesional maka tingkat kecemasan tersebut akan menurun. Dengan demikian pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru sangat berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari penelitian tentang pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

6.1 Kesimpulan

1. Sebelum dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru di Instalasi Rawat Inap Medik ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya lebih dari separoh responden yang mengalami cemas sedang.
2. Sesudah dilakukan orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru di Instalasi Rawat Inap Medik ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya semua responden mengalami penurunan tingkat kecemasan, dimana sebagian besar responden mengalami cemas ringan.
3. Orientasi ruangan dapat menurunkan tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

6.2 Saran

1. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi dasar bagi Kepala IRNA Medik untuk menetapkan Standar Operasional Prosedur (SOP) orientasi ruangan pada pasien baru di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Perawat ruang Seruni RSUD Dr. Sutomo Surabaya perlu memberikan orientasi ruangan pada keluarga dan pasien baru sesuai SOP yang sudah ada.

3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pemberian orientasi ruangan sesuai SOP penerimaan pasien baru terhadap tingkat kecemasan suami/istri penderita stroke yang baru pertama kali dirawat di ruang Seruni RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
4. Masukan bagi bagian Diklat untuk mengadakan pelatihan bagi perawat tentang proses penerimaan pasien baru secara baik dan benar.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Angelin, K. P. (2007). *Pengaruh Rehabilitasi Rom Aktif Terhadap Fungsi Otot Tangan dan Kaki Pada Pasien Hemiparese Pasca Stroke Infark*. Skripsi tidak dipublikasikan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Asmadi. (2008). *Tehnik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Avicena. (2009). *Pengertian stroke*. Diakses 27 Oktober 2010, jam 22.10 WIB, Web site: <http://www.rajawana.com/artikel/kesehatan/345-stroke.html>
- Brooker, C. (2009). *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta EGC
- Brunner dan Suddarth. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Ed. 8. Jakarta: EGC
- Dwi, H. (2010). *Analisa Tentang Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Wanita Premenopause*. Skripsi tidak dipublikasikan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Ferry Efendi dan Makhfudli. (2010). *Keperawatan Kesehatan Komunitas. Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika
- Hawari, D. (2008). *Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi*. Jakarta: FKUI
- Hidayat, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta. Salemba Medika
- Islam, S. (2006). *Stroke dan Penanganannya. Makalah pada Pelatihan Tenaga Keperawatan Graha Amerta RSUD Dr. Soetomo Surabaya tidak diplublikasikan*. 17 februari 2006
- Maruhawa, J. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Muttaqien, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta,
- Nursalam. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan)*. Jakarta: Salemba Medika

- Nursalam. (2008). *Konsep Dasar Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Ed. Kedua. Jakarta: Salemba Medika
- Perry, P. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Ed. 7. Jakarta: Salemba Medika
- Sani, A I. (2007). *Depresi Aku Ingin Mati, Sepi Sendiri di Tempat Yang Ramai*. Jakarta: Dua As-As
- Sani, A I. (2007). *Panik Neurosis dan Gangguan Cemas*. Jakarta: Dua As-As
- Sani, A I. (2007). *TAKUT MATI Cemas, was-was dan khawatir (ANSIETAS)*. Jakarta: Dua As-As
- Setyowati dan Murwani. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Mitra Cendika
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2010). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC
- Supriyantini, S. (2010). *Perbedaan kecemasan dalam menghadapi ujian*. Diakses tanggal 28 januari 2011, jam 20.15 WIB,
Website:<http://www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/1/10E00545.pdf>
- Tarwoto. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Sagung Seto
- Wawan, J. (2009). *Pengertian keluarga*. Diakses 27 Oktober 2010, jam 23.00 WIB, Website:http://www.digg.com/news/lifestyle/Pengertian_Keluarga_Definisi_pengertian

LAMPIRAN

Lampiran 1**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth. Bapak/ibu/saudara calon responden

Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dengan hormat

Nama saya Agus, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh Pemberian Orientasi Ruangan sesuai SOP Penerimaan Pasien Baru Terhadap Tingkat Kecemasan Suami/Istri Penderita Stroke di Ruang Seruni RSUD Dr Soetomo Surabaya". Hasil dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi sejauh mana pengaruh orientasi ruangan terhadap penurunan tingkat kecemasan keluarga (suami/istri) penderita stroke, diharapkan akan bermanfaat untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Untuk keperluan diatas, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara sekalian untuk berpartisipasi dalam kegiatan ini. Sebagai bukti kesediaan tersebut, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah dipersiapkan. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Desember 2010

Hormat saya

(Agus)

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudara Agus mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang berjudul "Pengaruh Pemberian Orientasi Ruangan sesuai SOP Penerimaan Pasien Baru Terhadap Tingkat Kecemasan Suami/Istri Penderita Stroke di Ruang Seruni RSU Dr Soetomo Surabaya". Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, Desember 2010

(Responden)

Lampiran 3

**CARA MENGUKUR TINGKAT KECEMASAN DENGAN ALAT UKUR
HARS (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)**

A. Penilaian :

- 0 = Tidak ada (tidak ada gejala sama sekali)
- 1 = Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada)
- 2 = Sedang (separuh dari gejala yang ada)
- 3 = Berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada)
- 4 = Sangat berat (semua gejala ada)

B. Penilaian Derajat Kecemasan

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan.
2. Skor 6 – 14 = kecemasan ringan.
3. Skor 15 – 27 = kecemasan sedang.
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat.

C. Berilah tanda check (√) jika terdapat gejala yang terjadi selama keluarga (suami/istri) penderita menunggu di ruang seruni RSUD Dr Soetomo Surabaya. Pemberian tanda check (√) boleh lebih dari satu sesuai gejala yang

1. Fluktuasi Cemas

- Firasat buruk**
- Takut akan pikiran sendiri**
- Mudah tersinggung**

2. Ketegangan

- Merasa tegang**
- Lesu**

- Mudah terkejut
- Tidak dapat istirahat dengan nyenyak
- Mudah menangis
- Gemetar
- Gelisah

3. Ketakutan

- Pada gelap
- Ditinggal sendiri
- Pada orang asing
- Pada binatang besar
- Pada keramaian lalu lintas
- Pada kerumunan banyak orang

4. Gangguan tidur

- Sukar memulai tidur
- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan

5. Gangguan kecerdasan

- Daya ingat buruk
- Sulit berkonsentrasi
- Sering bingung

6. Perasaan depresi

- Kehilangan minat

- Sedih
- Bangun dini hari
- Berkurangnya kesukaan pada hobi
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari

7. Gejala somatik (otot-otot)

- Nyeni otot
- Kaku
- Kedutan otot
- Gigi gemeretak
- Suara tidak stabil

8. Gejala sensorik

- Telinga berdengung
- Penglihatan kabur
- Muka merah dan pucat
- Merasa lemah
- Perasaan ditusuk-tusuk

9. Gejala kardiovaskular

- Denyut nadi cepat
- Berdebar-debar
- Nyeri dada
- Denyut nadi mengeras
- Rasa lemah seperti mau pingsan
- Detak jantung hilang sekejap

10. Gejala pernapasan

- Rasa tertekan di dada
- Perasaan tercekik
- Merasa napas pendek/sesak
- Sering menarik napas panjang

11. Gejala gastrointestinal

- Sulit menelan
- Mual muntah
- Berat badan menurun
- Konstipasi/sulit buang air besar
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri lambung sebelum/sesudah makan
- Rasa panas di perut
- Perut merasa penuh/kembung

12. Gejala urogenitalia

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan kencing
- Amenore/menstruasi yang tidak teratur
- Frigiditas

13. Gejala vegetatif / otonom

- Mulut kering
- Muka kering
- Mudah berkeringat

Pusing atau sakit kepala

Bulu roma berdiri

14. Apakah bapak/ibu merasakan

Gelisah

Tidak tenang

Mengkerutkan dahi muka tegang

Tonus/ketegangan otot meningkat

Napas pendek dan cepat

Muka merah

Jumlah skor:

Kesimpulan: Tidak ada kecemasan

Kecemasan ringan

Kecemasan sedang

Kecemasan berat

Lampiran 4

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PENERIMAAN PASIEN BARU

1. PENGERTIAN

Prosedur tentang bagaimana tata cara menerima pasien baru.

2. TUJUAN

1. Agar pasien merasa aman dan nyaman selama dirawat.
2. Pasien dan keluarga mengetahui peraturan yang berlaku.
4. Pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan.

3. PROSEDUR KEGIATAN

Setelah penderita tiba di ruang perawatan, maka perawat jaga melakukan hal sebagai berikut:

1. Setiap pasien baru harus diterima dengan senyum dan ramah.
2. Tempatkan pasien ditempat yang aman dan nyaman.
3. Antarkan klien dan keluarga menuju kamar yang telah dipesan.
Kenalkan mereka dengan teman sekamar.

Orientasikan klien dan keluarga tentang ruangan keperawatan :

1. Kenalkan anggota staf yang masuk kedalam kamar. Selalu kenalkan klien dengan nama akhirnya.
2. Beritahukan klien dan keluarga nama kepala perawat atau perawat yang berwenang dalam divisi tersebut, dan peran mereka dalam mengambil keputusan.
3. Jelaskan dokter yang bertanggung jawab.
4. Jelaskan tata tertib ruangan (jam berkunjung dan tujuannya).
5. Jelaskan kelas perawatan dan biaya perawatan yang diperlukan.

6. Tunjukkan cara penggunaan peralatan yang ada di ruangan (contoh; tempat tidur, meja tempat tidur, lampu).
7. Tunjukkan kepada klien cara menggunakan lampu panggil perawat dan letakkan alat tersebut pada tempat yang mudah diraih. Minta klien menunjukkan cara menggunakan lampu panggil tersebut.
8. Tunjukkan tempat khusus (kantor perawat, kamar perawat jaga, kamar dokter jaga, kamar mandi, dapur).
9. Jelaskan waktu makan dan snack.
10. Jelaskan pelayanan yang tersedia (contoh; kunjungan keagamaan, toko hadiah, terapi aktivitas).
11. Yakinkan pada pasien bahwa semua informasi tentang status kesehatan pasien terjamin kerahasiaannya.

| No | Umur | Sebelum orientasi | | Sesudah orientasi | |
|----|----------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Skor | Tingkat kecemasan | skor | Tingkat kecemasan |
| 1 | 55 tahun | 8 | Ringan | 2 | Tidak ada |
| 2 | 58 tahun | 25 | Sedang | 8 | Ringan |
| 3 | 56 tahun | 26 | Sedang | 6 | Ringan |
| 4 | 44 tahun | 30 | Berat | 8 | Ringan |
| 5 | 59 tahun | 5 | Tidak ada | 3 | Tidak ada |
| 6 | 50 tahun | 12 | Ringan | 9 | Ringan |
| 7 | 47 tahun | 16 | Sedang | 7 | Ringan |
| 8 | 51 tahun | 10 | Ringan | 5 | Tidak ada |
| 9 | 50 tahun | 20 | Sedang | 10 | Ringan |
| 10 | 50 tahun | 18 | Sedang | 8 | Ringan |
| 11 | 46 tahun | 22 | Sedang | 10 | Ringan |
| 12 | 45 tahun | 7 | Ringan | 4 | Tidak ada |
| 13 | 44 tahun | 37 | Berat | 24 | Sedang |
| 14 | 60 tahun | 13 | Ringan | 8 | Ringan |
| 15 | 46 tahun | 32 | Berat | 18 | Sedang |
| 16 | 47 tahun | 24 | Sedang | 11 | Ringan |
| 17 | 60 tahun | 27 | Sedang | 9 | Ringan |
| 18 | 42 tahun | 19 | Sedang | 10 | Ringan |
| 19 | 54 tahun | 23 | Sedang | 13 | Ringan |
| 20 | 49 tahun | 7 | Ringan | 3 | Tidak ada |
| 21 | 59 tahun | 24 | Sedang | 11 | Ringan |

| No | Jenis kelamin | Sebelum orientasi | | Sesudah orientasi | |
|----|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Skor | Tingkat kecemasan | Skor | Tingkat kecemasan |
| 1 | Perempuan | 8 | Ringan | 2 | Tidak ada |
| 2 | Laki-laki | 25 | Sedang | 8 | Ringan |
| 3 | Perempuan | 26 | Sedang | 6 | Ringan |
| 4 | Perempuan | 30 | Berat | 8 | Ringan |
| 5 | Laki-laki | 5 | Tidak ada | 3 | Tidak ada |
| 6 | Laki-laki | 12 | Ringan | 9 | Ringan |
| 7 | Laki-laki | 16 | Sedang | 7 | Ringan |
| 8 | Perempuan | 10 | Ringan | 5 | Tidak ada |
| 9 | Perempuan | 20 | Sedang | 10 | Ringan |
| 10 | Laki-laki | 18 | Sedang | 8 | Ringan |
| 11 | Perempuan | 22 | Sedang | 10 | Ringan |
| 12 | Laki-laki | 7 | Ringan | 4 | Tidak ada |
| 13 | Perempuan | 37 | Berat | 24 | Sedang |
| 14 | Perempuan | 13 | Ringan | 8 | Ringan |
| 15 | Perempuan | 32 | Berat | 18 | Sedang |
| 16 | Perempuan | 24 | Sedang | 11 | Ringan |
| 17 | Perempuan | 27 | Sedang | 9 | Ringan |
| 18 | Perempuan | 19 | Sedang | 10 | Ringan |
| 19 | Perempuan | 23 | Sedang | 13 | Ringan |
| 20 | Laki-laki | 7 | Ringan | 3 | Tidak ada |
| 21 | Perempuan | 24 | Sedang | 11 | Ringan |

| No | Pendidikan | Sebelum orientasi | | Sesudah orientasi | |
|----|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Skor | Tingkat kecemasan | Skor | Tingkat kecemasan |
| 1 | SLTA | 8 | Ringan | 2 | Tidak ada |
| 2 | SLTA | 25 | Sedang | 8 | Ringan |
| 3 | SLTA | 26 | Sedang | 6 | Ringan |
| 4 | Sarjana | 30 | Berat | 8 | Ringan |
| 5 | Akademi | 5 | Tidak ada | 3 | Tidak ada |
| 6 | SLTP | 12 | Ringan | 9 | Ringan |
| 7 | SLTA | 16 | Sedang | 7 | Ringan |
| 8 | SLTP | 10 | Ringan | 5 | Tidak ada |
| 9 | SLTP | 20 | Sedang | 10 | Ringan |
| 10 | SLTA | 18 | Sedang | 8 | Ringan |
| 11 | Akademi | 22 | Sedang | 10 | Ringan |
| 12 | Sarjana | 7 | Ringan | 4 | Tidak ada |
| 13 | SLTP | 37 | Berat | 24 | Sedang |
| 14 | SLTP | 13 | Ringan | 8 | Ringan |
| 15 | SLTP | 32 | Berat | 18 | Sedang |
| 16 | SLTP | 24 | Sedang | 11 | Ringan |
| 17 | Universitas | 27 | Sedang | 9 | Ringan |
| 18 | Akademi | 19 | Sedang | 10 | Ringan |
| 19 | SLTA | 23 | Sedang | 13 | Ringan |
| 20 | Universitas | 7 | Ringan | 3 | Tidak ada |
| 21 | SLTP | 24 | Sedang | 11 | Ringan |

| No | Pekerjaan | Sebelum orientasi | | Sesudah orientasi | |
|----|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Skor | Tingkat kecemasan | Skor | Tingkat kecemasan |
| 1 | Pegawai Negeri | 8 | Ringan | 2 | Tidak ada |
| 2 | Pensiunan | 25 | Sedang | 8 | Ringan |
| 3 | Ibu RT | 26 | Sedang | 6 | Ringan |
| 4 | Swasta | 30 | Berat | 8 | Ringan |
| 5 | Wiraswasta | 5 | Tidak ada | 3 | Tidak ada |
| 6 | Wiraswasta | 12 | Ringan | 9 | Ringan |
| 7 | Wiraswasta | 16 | Sedang | 7 | Ringan |
| 8 | Ibu RT | 10 | Ringan | 5 | Tidak ada |
| 9 | Ibu RT | 20 | Sedang | 10 | Ringan |
| 10 | Wiraswasta | 18 | Sedang | 8 | Ringan |
| 11 | Pegawai Negeri | 22 | Sedang | 10 | Ringan |
| 12 | Pegawai Negeri | 7 | Ringan | 4 | Tidak ada |
| 13 | Wiraswasta | 37 | Berat | 24 | Sedang |
| 14 | Ibu RT | 13 | Ringan | 8 | Ringan |
| 15 | Ibu RT | 32 | Berat | 18 | Sedang |
| 16 | Ibu RT | 24 | Sedang | 11 | Ringan |
| 17 | Pensiunan | 27 | Sedang | 9 | Ringan |
| 18 | Swasta | 19 | Sedang | 10 | Ringan |
| 19 | Swasta | 23 | Sedang | 13 | Ringan |
| 20 | Pegawai Negeri | 7 | Ringan | 3 | Tidak ada |
| 21 | Ibu RT | 24 | Sedang | 11 | Ringan |

NPAR TESTS

/WILCOXON=sebelum WITH sesudah (PAIRED)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet0]

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|-------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| sesudah - sebelum | Negative Ranks | 21 ^a | 11.00 | 231.00 |
| | Positive Ranks | 0 ^b | .00 | .00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 21 | | |

- a. sesudah < sebelum
- b. sesudah > sebelum
- c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

| | sesudah - sebelum |
|------------------------|----------------------|
| Z | -4.018 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

