



## Lampiran 1

### KUESIONER PENELITIAN GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PRE OPERASI

---

#### Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pertanyaan dibawah ini dengan baik dan teliti.
2. Berilah tanda cek (√) pada kotak yang tersedia, serta jawablah sesuai dengan yang anda pilih.
3. Dalam pengisian kuesioner mohon diisi secara jujur dan sesuai dengan yang ada dalam kenyataan.
4. Peneliti menjamin bahwa jawaban yang diterima hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

#### A. Identitas Responden

1. Nama : (diisi dengan inisial saja)
2. Hari/Tanggal Pengisian :
3. Umur :
4. Jenis Kelamin : L / P (lingkari yang sesuai)
5. Pendidikan :

- ☐ Tidak Sekolah
- ☐ SD
- ☐ SMP
- ☐ SMA
- ☐ Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan :

- ☐ Tidak bekerja
- ☐ Swasta /karyawan
- ☐ Wiraswasta /pengusaha
- ☐ PNS
- ☐ Petani
- ☐ lainnya

7. Pengalaman Pembedahan :

- ☐ Belum pernah dioperasi
- ☐ Pernah dioperasi

8. Jenis Anestesi :

- ☐ Regional anestesi
- ☐ General anestesi

## **B. Kuesioner Tingkat Pengetahuan Pre Op**

### **Petunjuk pengisian:**

1. Bacalah pertanyaan dibawah ini dengan baik dan teliti.
2. Pilih salah satu jawaban yang dianggap paling sesuai dengan pendapat atau keadaan Bapak/ibu/saudara.
3. Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang dianggap paling benar pada setiap pertanyaan yang diberikan.

### **Soal kuesioner**

1. Apakah dokter atau perawat sudah menjelaskan mengenai operasi yang akan dijalankan?
  - a. Ya
  - b. Tidak
2. Menurut anda, tergolong jenis operasi apa yang akan dijalani nanti?
  - a. Operasi besar
  - b. Operasi kecil
  - c. Tidak tahu
3. Salah satu persiapan sebelum menjalankan operasi adalah puasa. Menurut anda, minimal berapa lama pasien diharuskan berpuasa sebelum menjalankan operasi?
  - a. 6-8 jam
  - b. 8-10 jam
  - c. Tidak tahu
4. Menurut anda, anastesi (biusan) apa yang akan diberikan kepada anda sesaat sebelum operasi dilakukan?
  - a. Bius total
  - b. Bius lokal
  - c. Bius regional
  - d. Tidak tahu

5. Menurut anda efek yang timbul dari anastesi (biusan) diberikan sesaat setelah operasi berlangsung?
  - a. Sulit bernafas
  - b. Perdarahan
  - c. Infeksi
  - d. Tidak tahu
6. Apakah anda mengetahui komplikasi (kemungkinan buruk) yang terjadi dari tindakan operasi yang akan di jalankan?
  - a. Tahu
  - b. Tidak tahu
7. Menurut anda, kapan pasien yang sudah menjalankan operasi diperbolehkan makan/minum?
  - a. Sesaat setelah sadar
  - b. Sesaat setelah platus (kentut)
  - c. Tidak tahu
8. Menurut anda, apakah mobilisasi setelah operasi dapat mempercepat penyembuhan luka operasi?
  - a. Iya
  - b. Tidak
  - c. Tidak Tahu

### C. Kuesioner Dukungan Keluarga

#### Petunjuk pengisian:

1. Bacalah pernyataan dibawah ini dengan baik dan teliti.
2. Berilah tanda chek (✓) pada kotak yang tersedia, serta jawablah sesuai dengan kondisi yang anda alami
3. Dalam pengisian kuesioner mohon diisi secara jujur dan sesuai dengan yang ada dalam kenyataan.

Pernyataan	Tidak Pernah (1)	Kadang-kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
<b>Dukungan Informasional</b>  1. Keluarga memberitahu bahwa penyakit saya bisa sembuh bila menjalani operasi. 2. Keluarga memberi penjelasan setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya. 3. Keluarga menanyakan hasil pemeriksaan dan pengobatan saya kepada dokter atau perawat. 4. Keluarga menunjukkan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk operasi yang akan saya jalani.				
<b>Dukungan Penilaian</b>  5. Keluarga menguatkan saya untuk tegar dalam menghadapi penyakit. 6. Keluarga menginginkan agar saya memberitahu tentang kondisi kesehatansaya saat menjelang operasi. 7. Keluarga memberikan perhatian kepada saya agar tetap kuat untuk menjalani operasi.				

8. Keluarga mengharapkan tindakan operasi yang saya jalani merupakan keputusan yang tepat.				
<p style="text-align: center;"><b>Dukungan Instrumental</b></p> <p>9. Keluarga siap sedia mendampingi saya menjelang operasi.</p> <p>10. Keluarga memperhatikan perkembangan status kesehatan saya.</p> <p>11. Keluarga berperan aktif dalam persiapan operasi saya.</p> <p>12. Keluarga membantu biaya perawatan dan operasi saya.</p>				
<p style="text-align: center;"><b>Dukungan Emosional</b></p> <p>13. Keluarga mendengarkan keluhan saya menjelang operasi.</p> <p>14. Keluarga mengkhawatirkan kondisi saya menjelang operasi.</p> <p>15. Keluarga peduli terhadap perasaan takut yang saya alami.</p> <p>16. Keluarga menyemangati saya dengan mengatakan bahwa operasi akan berjalan dengan lancar.</p>				

#### D. Kuesioner Tingkat Kecemasan Pasien

1. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan anda.
2. Beri tanda (  $\checkmark$  ) pada gejala sesuai dengan apa yang anda rasakan.

Kode 0 : Tidak ada gejala sama sekali.

Kode 1 : Ringan/ hanya satu gejala yang ada.

Kode 2 : Sedang/ Separuh gejala yang ada.

Kode 3 : Berat/ lebih dari separuh gejala yang ada.

Kode 4 : Sangat Berat/ Semua gejala ada.

Total Skor:

Kurang dari 14 : tidak ada kecemasan

14 – 20 : kecemasan ringan

21 – 27 : kecemasan sedang

28 – 41 : kecemasan berat

42 – 56 : kecemasan berat sekali

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					



4	Gangguan Tidur <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Masuk Tidur</li> <li>- Terbangun Malam Hari</li> <li>- Tidak Nyenyak</li> <li>- Bangun dengan Lesu</li> <li>- Banyak Mimpi-Mimpi</li> <li>- Mimpi Buruk</li> <li>- Mimpi Menakutkan</li> </ul>					
5	Gangguan Kecerdasan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Konsentrasi</li> <li>- Daya Ingat Buruk</li> </ul>					
6	Perasaan Depresi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilangnya Minat</li> <li>- Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi</li> <li>- Sedih</li> <li>- Bangun Dini Hari</li> <li>- Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari</li> </ul>					
7	Gejala Somatik (Otot) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit dan Nyeri di Otot-Otot</li> <li>- Kaku</li> <li>- Kedutan Otot</li> <li>- Gigi Gemerutuk</li> <li>- Suara Tidak Stabil</li> </ul>					
8	Gejala Somatik (Sensorik) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinitus</li> <li>- Penglihatan Kabur</li> <li>- Muka Merah atau Pucat</li> <li>- Merasa Lemah</li> <li>- Perasaan ditusuk-Tusuk</li> </ul>					
9	Gejala Kardiovaskuler <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takhikardia</li> <li>- Berdebar</li> <li>- Nyeri di Dada</li> <li>- Denyut Nadi Mengeras</li> <li>- Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan</li> <li>- Detak Jantung Menghilang (BerhentiSekejap)</li> </ul>					
10	Gejala Respiratori <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada</li> <li>- Perasaan Tercekik</li> <li>- Sering Menarik Napas</li> <li>- Napas Pendek/Sesak</li> </ul>					

11	Gejala Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulit Menelan</li> <li>- Perut Melilit</li> <li>- Gangguan Pencernaan</li> <li>- Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan</li> <li>- Perasaan Terbakar di Perut</li> <li>- Rasa Penuh atau Kembung</li> <li>- Mual</li> <li>- Muntah</li> <li>- Buang Air Besar Lembek</li> <li>- Kehilangan Berat Badan</li> <li>- Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)</li> </ul>					
12	Gejala Urogenital <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering Buang Air Kecil</li> <li>- Tidak Dapat Menahan Air Seni</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Menorrhagia</li> <li>- Menjadi Dingin (Frigid)</li> <li>- Ejakulasi Praecoaks</li> <li>- Ereksi Hilang</li> <li>- Impotensi</li> </ul>					
13	Gejala Otonom <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut Kering</li> <li>- Muka Merah</li> <li>- Mudah Berkeringat</li> <li>- Pusing, Sakit Kepala</li> <li>- Bulu-Bulu Berdiri</li> </ul>					
14	Tingkah Laku Pada Wawancara <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak Tenang</li> <li>- Jari Gemetar</li> <li>- Kerut Kening</li> <li>- Muka Tegang</li> <li>- Tonus Otot Meningkat</li> <li>- Napas Pendek dan Cepat</li> <li>- Muka Merah</li> </ul>					

**TOTAL SKOR:**

#### Lampiran 4

##### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Yth.....

di.....

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIM :

Pekerjaan :

Alamat :

Bersama ini saya mengajukan permohonan kepada Saudara untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian saya yang berjudul “Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ” yang pengumpulan datanya akan dilaksanakan pada tanggal..... Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien pre operasi. Saya akan tetap menjaga segala kerahasiaan data maupun informasi yang diberikan.

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas perhatian, kerjasama dari kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Denpasar, .....

Peneliti

## Lampiran 5

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah membaca Lembar Permohonan Menjadi Responden yang diajukan oleh Saudara Dida Darmansyah, Mahasiswa semester VIII Program Studi Sarjana Keperawatan Keperawatan Universitas Bhakti Kencana PSDKU Tasikmalaya, yang penelitiannya berjudul “Gambaran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya ”, maka dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut, secara sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

Demikian persetujuan ini saya berikan agar dapat digunakan. Sebagaimana mestinya.

.....

Responden

.....