

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pra Operasi

a. Pengertian

Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI, 2014). Definisi lain menyatakan bahwa operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Brunner dan Suddarth, 2012).

Pre operasi adalah tahap yang dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika klien dikirim ke meja operasi. Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Tahap ini merupakan awalan yang menjadi kesuksesan tahap-tahap berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya (HIPKABI, 2014).

Menurut DiGiulio (2014) pre operasi merupakan masa dimana pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan yang dimulai sejak ditentukannya proses persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien berada di meja operasi atau meja bedah. Agar mendapatkan hasil yang optimal selama operasi dan anestesi maka diperlukan

tindakan preanestesi yang baik. Tindakan pre anestesi tersebut merupakan langkah lanjut dari hasil evaluasi pra operasi khususnya anestesi untuk mempersiapkan kondisi pasien, baik psikis maupun fisik pasien agar pasien siap dan optimal untuk menjalani prosedur anestesi dan diagnostik atau pembedahan yang akan direncanakan (Muttaqin dan Sari, 2012). Berdasarkan beberapa pendapat tentang pre operasi, maka dapat disimpulkan bahwa preoperasi berarti suatu keadaan/waktu sebelum dilakukan tindakan operasi dimulai ketika keputusan untuk menjalani pembedahan dilakukan sampai selesai pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

b. Persiapan Pra Operasi

Keperawatan pre operasi merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Perawatan pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Mirianti, 2012).

Persiapan pre operasi penting sekali untuk memperkecil resiko operasi, karena hasil akhir suatu pembedahan sangat bergantung pada penilaian keadaan penderita dan persiapan prabedah yang dilakukan. Selain itu, tindakan operasi salah satu tindakan medis yang mengakibatkan stressor terhadap integritas seseorang. Tindakan operasi akan membangkitkan reaksi stress baik psikologis maupun

fisiologis. Salah satu respon stres adalah cemas. Persiapan pre operasi di rumah sakit menurut Muttaqin dan Sari (2012):

1) Persiapan Psikologis

- a) Berikan penjelasan kepada klien dan keluarganya agar mengerti perihal rencana anestesi dan pembedahan yang dijalankan, sehingga dengan demikian diharapkan pasien dan keluarga bisa tenang. Terdapat hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya dimana peran keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga, mulai dari strategi-strategi hingga fase rehabilitasi
- b) Berikan obat sedative pada klien yang mengalami kecemasan berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien pediatric (kolaborasi). Pemberian obat sedative dapat dilakukan secara: oral pada malam hari menjelang tidur dan pada pagi hari 60 – 90 menit, rektal khusus untuk klien pediatrik pada pagi hari sebelum masuk IBS (kolaborasi).

2) Persiapan Fisik

- a) Hentikan kebiasaan seperti merokok, minum-minuman keras dan obat-obatan tertentu minimal dua minggu sebelum anestesi.
- b) Tidak memakai protesis atau aksesoris.
- c) Tidak mempergunakan cat kuku atau cat bibir.
- d) Program puasa untuk pengosongan lambung.

2. Spinal Anestesi

a. Pengertian

Spinal anestesi adalah menyuntikkan obat analgesik lokal ke dalam ruang subarachnoid di daerah antara vertebra lumbalis L2-L3 atau L3-L4 atau L4-L5 (Majid, 2012). Spinal anestesi atau *ubarachnioid Blok* (SAB) adalah salah satu teknik anestesi regional yang dilakukan dengan cara menyuntikkan obat anestesi lokal ke dalam ruang subarachnoid untuk mendapatkan analgesia setinggi dermatom tertentu dan relaksasi otot rangka.

Untuk dapat memahami spinal anestesi yang menghasilkan blok simpatis, blok sensoris dan blok motoris maka perlu diketahui neurofisiologi saraf, mekanisme kerja obat anestesi lokal pada spinal anestesi dan komplikasi yang dapat ditimbulkannya. Derajat anestesi yang dicapai tergantung dari tinggi rendah lokasi penyuntikan, untuk mendapatkan blockade sensoris yang luas, obat harus berdifusi ke atas, dan hal ini tergantung banyak faktor antara lain posisi pasien selama dan setelah penyuntikan, barisitas dan berat jenis obat (Gwinnutt, 2012).

Pada penyuntikan intratekal yang dipengaruhi dahulu ialah saraf simpatis dan parasimpatis, diikuti dengan saraf untuk rasa dingin, panas, raba dan tekan dalam. Yang mengalami terakhir adalah serabut motoris, rasa getar (*vibratory sense*) dan proprioseptif. simpatis ditandai dengan adanya kenaikan suhu kulit tungkai bawah. Setelah

anestesi selesai, pemulihan terjadi dengan urutan sebaliknya, yaitu fungsi motoris yang pertama kali akan pulih. Didalam cairan serebrospinal, hidrolisis anestetik lokal berlangsung lambat. Sebagian besar anestetik lokal meninggalkan ruang subarachnoid melalui aliran darah vena sedangkan sebagian kecil melalui aliran getah bening. Lamanya anestesi tergantung dari kecepatan obat meninggalkan cairan serebrospinal (Majid, 2012).

b. Tujuan Spinal Anestesi

Menurut Dunn dkk (2012), spinal anestesi dapat digunakan untuk prosedur pembedahan, persalinan, penanganan nyeri akut maupun kronik.

c. Indikasi pada Spinal Anestesi

Menurut Keat (2013), indikasi pemberian spinal anestesi ialah untuk prosedur bedah di bawah umbilicus. Neal dkk (2013) menyatakan bahwa spinal anestesi merupakan teknik regional anestesi yang baik untuk tindakan – tindakan :

- 1) Bedah ekstremitas bawah
- 2) Bedah panggul
- 3) Tindakan sekitar rektum perineum
- 4) Bedah obstetrik – ginekologi
- 5) Bedah urologi
- 6) Bedah abdomen bawah

7) Pada bedah abdomen atas dan bawah pediatrik biasanya dikombinasikan dengan anestesi umum ringan.

d. Komplikasi pada Spinal Anestesi

Komplikasi yang dapat terjadi pada spinal anestesi menurut Neal dkk (2013), ialah :

- 1) Hipotensi terutama jika pasien tidak prehidrasi yang cukup
- 2) Blokade saraf spinal tinggi, berupa lumpuhnya pernapasan dan memerlukan bantuan napas dan jalan napas segera
- 3) Sakit kepala pasca pungsi spinal, sakit kepala ini bergantung pada besarnya diameter dan bentuk jarum spinal yang digunakan.

3. Kecemasan

a. Pengertian

Cemas (*anxiety*) adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang sama disertai respon otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (Herdman dan Kamitsuru, 2015). Kecemasan adalah keadaan tegang psikis yang merupakan suatu dorongan, hanya saja pada kecemasan tidak timbul dari dalam manusia, kondisi jaringan jasmani melainkan ditimbulkan oleh sebab-sebab dari luar (Prabowo, 2014). Kesimpulan kecemasan dari kedua pendapat di

atas adalah perasaan yang tidak menyenangkan yang terjadi pada individu yang bersumber dari luar individu tersebut.

b. Proses Terjadinya Kecemasan

Menurut Direjo (2012), faktor penyebab kecemasan dapat dipahami melalui 4 teori kecemasan yaitu:

1) Teori psikoanalitik. Kecemasan adalah konflik emosional antara insting dan superego yang mencerminkan hati seseorang. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Teori tingkah laku berkaitan dengan pendapat

Kecemasan adalah hasil frustrasi dimana sesuatu yang menghalangi kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan dapat menimbulkan kecemasan.

3) Teori keluarga. Gangguan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga dan juga terkait dengan tugas dan perkembangan individu dalam keluarga.

4) Teori biologi. Otak reseptor khusus untuk benzo Diazepine yang membantu dalam mengatur kecemasan penghambat asam aminobutirikgama neroregulator merupakan mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan seperti endorfin. Kecemasan mungkin disertai dengan gejala fisik dan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

c. Kecemasan pra operasi

Kecemasan pra operasi adalah kecemasan yang umumnya terjadi

pada pasien pra operasi disebabkan oleh perasaan takut akan terjadinya sesuatu saat proses berlangsungnya operasi (Muttaqin. dan Sari, 2012). Dalam masa pra operasi partisipan mengalami kecemasan yang disebut dengan kecemasan pra operasi yang terjadi pada masa ketika partisipan diputuskan akan menjalani operasi sampai ketika partisipan berada di ruang operasi untuk intervensi bedah, kecemasan ini digambarkan sebagai keadaan yang tidak menyenangkan dan ketidak nyamanan atau ketegangan pada partisipan yang menghadapi suatu penyakit, rawat inap, anestesi dan operasi (Stuart dan Laraia, 2013).

d. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pra operasi

Menurut Black dan Hawks (2014), pasien praoperasi akan mengalami reaksi emosional berupa kecemasan. Berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan/kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan sebagai berikut ini.

- 1) Takut nyeri setelah pembedahan.
- 2) Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal (*body imazge*).
- 3) Takut keganasan (bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti).
Takut/cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama.

e. Faktor Pencetus kecemasan

Menurut Direjo (2012), faktor pencetus dapat terbagi 2 kategori meliputi:

1) Ancaman terhadap integritas fisik.

Ancaman ini berupa ketidak mampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Sumber internal berupa kegagalan mekanisme fisiologis seperti jantung, sistem imun, regulasi temperatur, perubahan fisiologi normal seperti kehamilan dan penuaan. Sumber eksternal antara lain infeksi virus dan bakteri, zat polutan dan trauma.

2) Ancaman terhadap sistem tubuh.

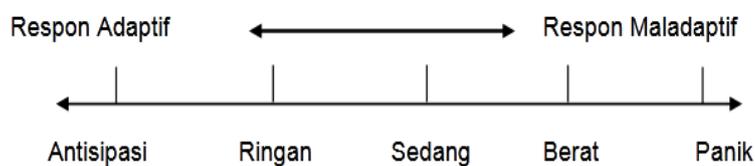
Ancaman ini dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang. Sumber internal antar lain kesulitan melakukan hubungan interpersonal dirumah, di tempa kerja dan masyarakat sedangkan sumber eksternal dapat berupa pasangan, orang tua, teman, perubahan status pekerjaan, dan lain-lain.

f. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala pasien dengan kecemasan adalah munculnya reaksi biologis yang tidak dapat dikendalikan seperti cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung, memandang dirinya sangat sensitif, sukar berkonsentrasi, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menengangkan (Sutejo, 2018).

g. Rentang Respon Kecemasan

Menurut Stuart dan Laraia (2013) bahwa rentang respon individu terhadap cemas terbagi 2 diantaranya respon adaptif dan respon maladaptif. Rentang respon yang paling adaptif adalah strategi adaptif yang biasa digunakan individu mengatur kecemasan, antisipasi dimana individu siap siaga untuk beradaptasi dengan cemas yang mungkin muncul, sedangkan rentang yang paling maladaptif adalah ketika kecemasan tidak dapat diatur (panik) dimana individu sudah tidak mampu lagi berespon terhadap cemas yang dihadapi sehingga mengalami gangguan fisik dan psikososial



Gambar 2.1 . Rentang Respon Kecemasan
Sumber : Stuart dan Laraia (2013)

Berdasarkan gambar 1, kecemasan diidentifikasi menjadi 4 tingkatan yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Semakin tinggi tingkat kecemasan individu maka akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikis. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya.

Hawari (2016) menyatakan bahwa kecemasan terdiri dari 4 tingkatan dan menggambarkan efek dari tiap tingkatan kecemasan antara lain :

- 1) Kecemasan ringan, dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari –hari yang meningkatkan kewaspadaan individu serta lapang persepsi terhadap lingkungan meluas. Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- 2) Kecemasan sedang, individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.
- 3) Kecemasan berat, lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil (spesifik) dan mengabaikan hal yang lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain
- 4) Panik, individu kehilangan kontrol, kendali diri dan detil perhatian hilang sehingga tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah atau arahan. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.

h. Alat Ukur Kecemasan

- 1) *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)*

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 (Not Present) sampai dengan 4 (*severe*).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang *valid* dan *reliable*.

Kuesioner HARS berisi empat belas pertanyaan yang terdiri dari 13 kategori pertanyaan tentang gejala kecemasan dan 1 kategori perilaku saat wawancara (Nursalam, 2013). Dengan keterangan tersebut, terdapat aspek penilaian kuesioner HARS diantaranya :

Tabel 1 Penilaian Kuesioner HARS

| No. | Aspek Penilaian |
|-----|------------------------|
| 1 | Ketakutan |
| 2 | Kecemasan |
| 3 | Kegelisahan/ketegangan |
| 4 | Optimisme |
| 5 | Kesedihan/depresi |
| 6 | Intelektual |
| 7 | Minat |
| 8 | Otot (somatik) |
| 9 | Insomnia |
| 10 | Kardiovaskuler |
| 11 | Pernafasan |
| 12 | Perkemihan |
| 13 | Gastrointestinal |
| 14 | Perilaku |

Dengan masing-masing penilaian mempunyai jawaban diantaranya 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = selalu. Dengan hasil keterangan :

- a) Skor < 14 = tidak ada kecemasan
 - b) Skor 14 – 20 = kecemasan ringan
 - c) Skor 21 – 27 = kecemasan sedang
 - d) Skor 28 – 41 = kecemasan berat
 - e) Skor 42 – 56 = kecemasan berat sekali
- 2) *Visual Analog Scale for Anxiety (VAS-A)*

Visual Anxiety Analog Scale (AAS) merupakan modifikasi dari *Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRSA)* yaitu instrumen untuk mengukur “state” anxietas yang dialami. Modifikasi meliputi (6) enam aspek yaitu keadaan cemas, tegang, takut, kesulitan tidur, kesulitan konsentrasi dan perasaan depresi atau sedih. Dimana responden diminta untuk memberi tanda pada enam

kotak bergaris 100 mm dimana dia pada aspek kecemasan yaitu diteliti.

Pada skala angka (0) menunjukkan titik permulaan atau tidak gejala sama sekali, The findings suggested that 100-mm VAS ratings of 0 to 4 mm can be considered no pain; 5 to 44 mm, mild pain; 45 to 74 mm, moderate pain; and 75 to 100 mm, severe pain. sedangkan skala 100 menunjukkan keadaan ekstrim yang luar biasa (VAS-A juga merupakan alat ukur yang cukup reliable untuk digunakan pada pengukuran cemas (Williams *et al*, 2012).

3) *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala yang berkaitan dengan kecemasan. Kuesioner ini didesain untuk mencatat adanya kecemasan dan menilai kuantitas tingkat kecemasan.

Zung telah mengevaluasi validitas dan reliabilitasnya dan hasilnya baik. Penelitian menunjukkan bahwa konsistensi internalnya pada sampel psikiatrik dan non-psikiatrik adekuat dengan korelasi keseluruhan butir-butir pertanyaan yang baik dan reliabilitas uji yang baik. Kuesioner ini mengandung 20 pertanyaan, terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan.

Setiap butir pertanyaan dinilai berdasarkan frekuensi dan durasi gejala yang timbul: (1) jarang atau tidak pernah sama sekali,

(2) kadang-kadang, (3) sering, dan (4) hampir selalu mengalami gejala tersebut. Total dari skor pada tiap pertanyaan maksimal 80 dan minimal 20, skor yang tinggi mengindikasikan tingkat kecemasan yang tinggi. *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)* telah digunakan secara luas sebagai alat skrining kecemasan.

4) *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) dikembangkan oleh Spielberger (1983). STAI terdiri dari 40 item yang terbagi kedalam dua dimensi kecemasan, yaitu *state anxiety* dan *trait anxiety* yang setiap dimensinya memiliki 20 item. Setiap item memiliki empat alternatif jawaban dari 1 sampai dengan 4.

Skala pengukuran *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* memiliki empat poin skala Likert. Dalam mengisi kuesioner, responden diharuskan untuk memilih salah satu alternatif jawaban pada setiap item. Untuk dimensi *state anxiety*, responden diharuskan untuk memilih salah satu alternatif jawaban sesuai dengan apa yang ia rasakan pada saat ini.

Alternatif jawaban yang dapat dipilih di antaranya adalah Sangat Tidak Sesuai (STS), Tidak Sesuai (TS), Sesuai (S), dan Sangat Sesuai (SS). Sedangkan untuk dimensi *trait anxiety*, responden di harusakan untuk memilih salah satu alternatif jawaban sesuai dengan perasaan yang seringkali atau pada umumnya ia rasakan. Alternatif jawaban yang dapat dipilih oleh

responden di antaranya adalah Tidak Pernah (TP), Kadang-kadang (KK), Sering (S), dan Selalu (SL).

4. Dukungan Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budayanya yang umum, lingkungan dimana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah, unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berumur dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga juga dapat diartikan sebagai kumpulan individu-individu yang disebut anggota keluarga yang didalamnya terdapat proses interaksi, intoleransi, dan interpendensi antar anggota keluarga (Leni & Jhonson, 2012; Friedman *et al*, 2014).

b. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2014) didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Lima fungsi keluarga yang paling berhubungan erat saat mengkaji dan mengintervensi keluarga adalah :

- 1) Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian): untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan-kebutuhan para anggota keluarga.

- 2) Sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : untuk sosialisasi primer anak-anak yang bertujuan untuk membuat mereka menjadi anggota masyarakat yang produktif, dan juga sebagai penganugerahan status anggota keluarga.
 - 3) Fungsi reproduksi: untuk menjaga kelangsungan keturunan/ generasi dan menambah sumber daya manusia, juga untuk kelangsungan hidup masyarakat.
 - 4) Fungsi ekonomis : untuk mengadakan sumber–sumber ekonomi yang memadai dan mengalokasikan sumber – sumber tersebut secara efektif.
 - 5) Fungsi perawat kesehatan : untuk mengadalan kebutuhan-kebutuhan fisik–pangan, sandang, papan dan perawatan kesehatan.
- c. Tugas dan Fungsi Keluarga dalam Perawatan Kesehatan

Keluarga berfungsi untuk melaksanakan asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

Menurut Andarmoyo (2012) tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Mengenal masalah kesehatan
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat
- 5) Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Menurut Donsu, dkk (2015) tugas keluarga yaitu :

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
- 2) Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- 3) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing
- 4) Sosialisasi antaranggota keluarga
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga
- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- 7) Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas
- 8) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

d. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, baik berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional (Friedman *et al*, 2014). Dukungan dalam keluarga dibutuhkan oleh setiap anggotanya untuk dapat beradaptasi,

bertahan, memecahkan masalah, meningkatkan motivasi, menurunkan stress serta memberikan keyakinan akan kemampuan diri dalam menghadapi masalah (Nurullah, 2012).

Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungannya. Dukungan keluarga adalah proses yang terjadi sepanjang hidup, dimana sumber dan jenis dukungan keluarga berpengaruh terhadap tahap lingkaran kehidupan keluarga. Ada tiga dimensi interaksi dalam dukungan keluarga yaitu timbal balik (kebiasaan dan frekuensi hubungan timbal balik), nasihat/umpan balik (kuantitas/kualitas komunikasi) dan keterlibatan emosional (meningkatkan intimasi dan kepercayaan) di dalam hubungan sosial (Friedman *et al*, 2014)

e. Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012) bentuk-bentuk dukungan keluarga

1) Dukungan Informasional

Dukungan informasional meliputi pemberian nasehat untuk mengatasi masalah ataupun bimbingan untuk mencari jalan keluar dalam pemecahan masalah. Bentuk dukungan informasional melibatkan pemberian informasi, saran atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu. Jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan mudah.

2) Dukungan Penilaian

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Dukungan penilaian terjadi melalui ungkapan penghargaan positif terhadap individu, dorongan maju, atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu.

Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Suami bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah serta sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

3) Dukungan Instrumental

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan dapat mempengaruhi stress karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah yang dianggap dapat dikontrol.

4) Dukungan Emosional

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan

nyaman, diperdulikan, dan dicintai oleh sumber dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol. keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi pasien mengalami perubahan fisik maupun psikologisnya. Contoh dari dukungan ini yaitu: ekspresi empati, mendengarkan keluhan pasien sebelum operasi.

f. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga (Friedman *et al*, 2014):

- 1) Keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil akan menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga mampu.
- 2) Dukungan keluarga yang diberikan orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu cenderung untuk lebih bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anggota keluarga dan dibandingkan anggota keluarga lain.
- 3) Hal lain yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan.

4) Faktor lainnya adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan kemungkinan semakin tinggi pula dukungan yang diberikan kepada keluarga yang sakit.

g. Alat Ukur Dukungan Keluarga

Menurut Arikunto (2016), untuk mengungkap variabel dukungan keluarga, yaitu dari teori House yang telah diadaptasi dan dikembangkan untuk menentukan dan menggunakan skala dukungan keluarga. Aspek –aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Pada pengisian skala ini, sampel diminta untuk menjawab pertanyaan yang ada dengan memilih salah satu jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan skala model Likert yang terdiri dari pernyataan dari empat alternatif jawaban yaitu 1 = tidak pernah, 2 = kadang –kadang, 3 = sering, 4 = selalu.

5. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan

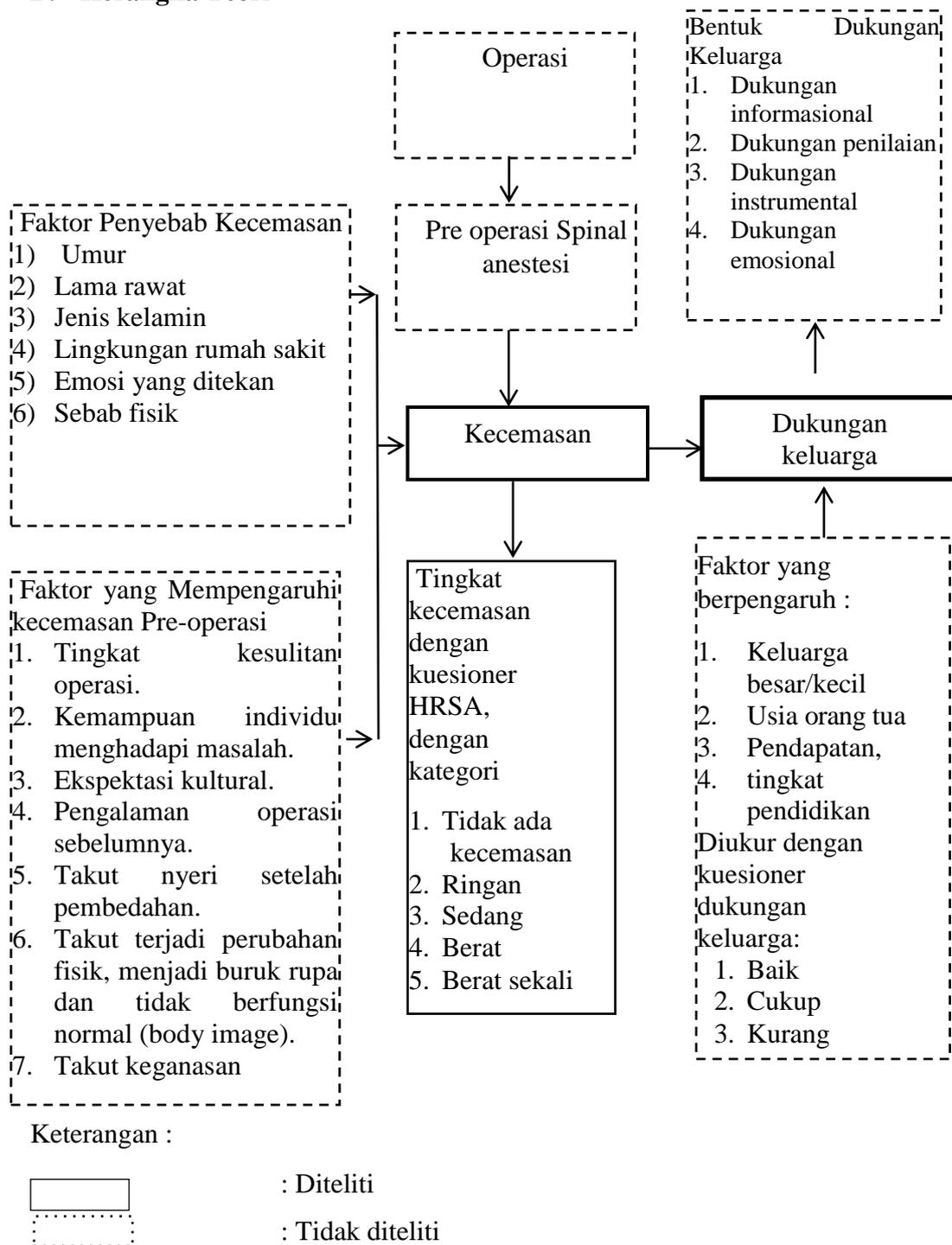
Menurut Artini (2015), respon psikologis yang terjadi akibat kecemasan memerlukan dukungan mental dari keluarga guna meningkatkan semangat hidup pasien. Dukungan keluarga penting sebagai strategi preventif dalam menurunkan kecemasan pra operasi.

Dukungan yang diberikan oleh keluarga pada pasien praoperasi dapat menciptakan kenyamanan tersendiri bagi pasien. Jawaban pasien paling banyak menyatakan bahwa mereka selalu mendengarkan nasehat

keluarga tentang kesehatannya. Nasehat dari keluarga dapat menumbuhkan semangat yang pasien untuk mempercepat proses penyembuhannya. Peran dukungan keluarga dapat menghilangkan rasa ketakutan yang berlebihan pada pasien pra operasi sehingga tercipta kenyamanan.

Rahmawati dkk (2014) mengatakan bahwa peran keluarga yang lain adalah memotivasi untuk berkomunikasi dengan pasien lain. Hal tersebut berkaitan dengan hubungan interpersonal yang kuat dapat menghasilkan kenyamanan sosiokultural. Kenyamanan psikospiritual juga dapat terwujud pada pasien pra operasi yang mendapatkan dukungan dari keluarga. Keluarga juga memainkan peran spiritual berupa pemberian motivasi kepada responden untuk selalu mendekatkan diri kepada Tuhan dan menguatkan keyakinan responden kepada Tuhan. Berdasarkan penelitian tersebut, dapat dikatakan bahwa responden yang kurang mendapat dukungan keluarga merasa tidak nyaman selama perawatan dan menambah kecemasan pasien.

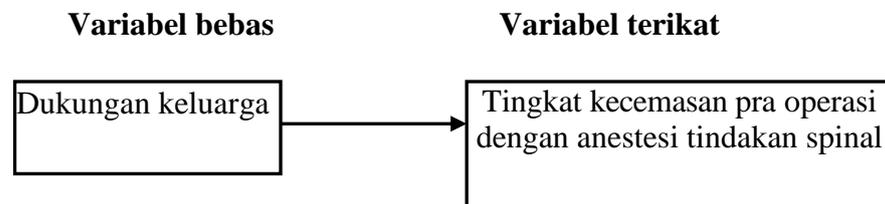
B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Freidman (2014), Hawari (2016), Black dan Hawks (2014), Andarmoyo (2012), DiGiulio (2014), Leni dan Jhonson (2012), Prabowo (2014), Stuart dan Laraia (2013), Goodman & Spry (2014)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari penelitian, patokan duga atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2018). Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pra operasi dengan anestesi tindakan spinal di Rumah Sakit Umum Islam (RSUI) Kustati Surakarta.