

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Dukungan Keluarga

2.1.1.1. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan faktor penting yang dibutuhkan seseorang dalam menghadapi masalah dan suatu strategi koping yang sangat baik untuk mengurangi rasa cemas yang berlebihan. Dukungan keluarga dan melibatkan orang terdekat selama perawatan berpengaruh terhadap mental seseorang dan dapat meminimalkan efek gangguan psikososial (Saryono, 2008).

Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenteram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan. Dukungan keluarga yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Gakidau, 2008).

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan

terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

2.1.1.2. Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan keluarga ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

b. Dukungan Penghargaan

Merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan dengan menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau perasaan seseorang. Keluarga bertindak sebagai umpan balik, membimbing dan membantu memecahkan masalah. Dapat dikatakan bahwa adanya dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga dapat meningkatkan status psikososial, semangat motivasi dan peningkatan harga diri karena dianggap masih berguna berarti bagi keluarga sehingga diharapkan dapat membentuk perilaku yang sehat dalam upaya meningkatkan status kesehatan.

c. Dukungan instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat

seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantuk kegiatan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit atau saat mengalami kecemasan yang dapat membantu memecahkan masalah.

d. Dukungan informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik untuk dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stressor.

2.1.1.3. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat memberikan dukungan emosi, instrumental, penghargaan dan informasi yang bermanfaat bagi individu, dalam:

- a. Meningkatkan produktivitas bila dihubungkan dengan pekerjaan
- b. Meningkatkan kesejahteraan psikologis dan penyesuaian diri dengan menyediakan rasa memiliki, memperjelas identitas diri, menambah harga diri serta mengurangi stress
- c. Meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik
- d. Pengelolaan terhadap stress dengan menyediakan pelayanan, perawatan, sumber-sumber informasi dan umpan balik yang dibutuhkan untuk menghadapi stress dan tekanan

2.1.1.4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

- a. Faktor Internal
 - 1) Tahap Perkembangan

Artinya dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan berbeda-beda.

2) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya

3) Faktor Emosional

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit, mungkin ia menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, menyangkut nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam kehidupan.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik di Keluarga

Bagaimana cara keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misal: klien juga akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.

2) Faktor Sosioekonomi

Faktor sosila dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

3) Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Menurut Ratna (2010), dukungan dari keluarga merupakan faktor penting seseorang ketika mengalami masalah (kesehatan) dan sebagai strategi preventif untuk mengurangi stress, dimana pandangan hidup menjadi luas dan tidak mudah stress. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan pasien, dapat membantu menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk melakukan pengobatan. Dukungan keluarga merupakan bantuan atau dukungan yang diterima individu dari orang-orang tertentu dalam kehidupannya. Diharapkan dengan adanya dukungan keluarga maka seseorang akan merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai. Dengan pemberian dukungan keluarga yang bermakna maka seseorang akan mengatasi rasa cemasnya terhadap penyembuhan penyakit yang akan dijalaninya.

Dukungan keluarga dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada individu, dapat dilihat dari bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kejadian dan efek dari keadaan kecemasan. Friedman (1998) dalam Muniarsih (2007) mengemukakan bahwa secara teoritis dukungan keluarga dapat menurunkan munculnya kejadian yang dapat mengakibatkan kecemasan, apabila kejadian

tersebut muncul, interaksi dengan orang lain dapat memodifikasi atau mengubah persepsi individu pada kejadian tersebut dan oleh karena itu akan mengurangi potensi munculnya kecemasan.

2.1.1.5. Cara Menilai Dukungan Keluarga

Menurut Nursalam (2008), untuk mengetahui besarnya dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuisioner dukungan keluarga yang terdiri dari 14 buah pertanyaan yang mencakup 4 jenis/bentuk dukungan keluarga yaitu dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan informasional. Dari 14 buah pertanyaan, nomor 1-5 mengenai dukungan emosional dan penghargaan, pertanyaan nomor 6-10 mengenai dukungan instrumental dan pertanyaan nomor 11-14 mengenai dukungan informasional/pengetahuan.

Masing-masing dari pertanyaan tersebut terdapat 4 alternatif jawaban yaitu selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Jika jawaban selalu akan mendapatkan skor 4, sering mendapatkan skor 3, kadang-kadang mendapatkan skor 2, dan jawaban tidak pernah akan mendapatkan skor 1. Dikatakan dukungan keluarga tinggi bila total skor > 37, sedang bila total skor 26-36 rendah bila total skor < 25.

2.1.2. Kecemasan

2.1.2.1. Pengertian Kecemasan

Anxiety atau kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada (Kholil, 2010).

Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan ia memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Kecemasan merupakan respons terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau konfliktual (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2010).

Kecemasan merupakan bagian dari kehidupan manusia yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan (Nadeak, 2010)

2.1.2.2. Gejala/indikator Kecemasan

Menurut Widosari (2010), ada beberapa gejala yang terjadi pada seseorang yang mengalami kecemasan, gejala tersebut dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

a. Gejala somatik

- 1) Keringat berlebih
- 2) Ketegangan pada otot skelet seperti: sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar dan nyeri punggung
- 3) Sindrom hiperventilasi, seperti: sesak nafas, pusing dan parestesi
- 4) Gangguan fungsional gastrointestinal, seperti: tidak nafsu makan, mual, diare dan konstipasi
- 5) Iritabilitas kardiovaskuler

b. Gejala psikologis

- 1) Gangguan mood, seperti: sensitif, cepat marah dan mudah sedih
- 2) Kesulitan tidur, seperti: insomnia dan mimpi buruk
- 3) Kelelahan dan mudah capek
- 4) Kehilangan motivasi dan minat
- 5) Perasaan-perasaan yang tidak nyata
- 6) Berpikiran kosong, seperti: tidak mampu konsentrasi dan mudah lupa
- 7) Gelisah, resah dan tidak bisa diam
- 8) Kehilangan kepercayaan diri
- 9) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu

2.1.2.3. Jenis Kecemasan

Mustamir, (2009) membagi kecemasan menjadi 3 jenis yaitu:

a. Kecemasan rasional

Merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam, misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasar.

b. Kecemasan irrasional

Yang berarti mereka mengalami emosi dibawah keadaan-keadaan spesifik yang biasanya dipandang tidak mengancam.

c. Kecemasan Fundamental

Merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk siapa dirinya, untuk apa hidupnya, dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan eksistensi yang mempunyai peran fundamental bagi kehidupan manusia.

2.1.2.4. Tingkat kecemasan dan karakteristik

Menurut Asmadi (2008), Kemampuan individu untuk merespons terhadap suatu ancaman berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat ansietas yang ada. Manifestasi ansietas yang terjadi bergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri, dan mekanisme koping yang digunakannya.

a. Cemas Ringan

Karakteristik:

- 1) Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari
- 2) Kewaspadaan meningkat
- 3) Persepsi terhadap lingkungan meningkat
- 4) Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreativitas

- 5) Respon fisiologis: sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar
 - 6) Respon kognitif: mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif dan terangsang untuk melakukan tindakan
 - 7) Respon perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan dan suara kadang-kadang meninggi
- b. Cemas Sedang
- 1) Respon fisiologis: sering nafas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anorexia, diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih, dan letih
 - 2) Respon kognitif: memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima
 - 3) Respon perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, banyak bicara dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak nyaman
- c. Cemas Berat
- 1) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain
 - 2) Respon fisiologis: nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur serta tampak tegang
 - 3) Respon kognitif: tidak mampu berpikir berat lagi, dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan, serta lapang persepsi menyempit
 - 4) Respon perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat)

d. Panik

- 1) Respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik, dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi serta rendahnya koordinasi motorik
- 2) Respon kogniti: gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi
- 3) Respon 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 orang lain.

2.1.2.5. Faktor Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart (2007) terdapat faktor predisposisi dan presipitasi, yaitu:

a. Faktor Presipitasi

- 1) Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktifitas sehari-hari guna memenuhi kebutuhan dasarnya.
- 2) Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status/peran diri, dan hubungan interpersonal.

b. Faktor predisposisi

Beberapa faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan antara lain :

1) Potensial stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi

2) Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat stress karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap stress.

3) Tingkat pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang akan mengakibatkan orang tersebut mudah mengalami stress.

4) Keadaan fisik

Seseorang yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami stress.

5) Sosial budaya

Seseorang yang mempunyai falsafah hidup yang jelas dan keyakinan agama yang kuat umumnya lebih sukar mengalami stress

6) Umur

Seseorang yang berumur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat stress daripada seseorang yang lebih tua.

7) Lingkungan

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami stress.

8) Jenis kelamin

Stress sering dialami oleh wanita daripada pria dikarenakan wanita mempunyai kepribadian yang labil dan immature, juga adanya peran hormon yang mempengaruhi kondisi emosi sehingga mudah meledak, mudah cemas dan curiga.

Menurut Zakiah (2010), beberapa penyebab dari kecemasan yaitu :

- a) Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran
- b) Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- c) Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya. Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya.

Sedangkan menurut (Rufaidah,2009) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

- a) Faktor fisik

Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.

- b) Trauma atau konflik

Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.

- c) Lingkungan awal yang tidak baik.

Lingkungan adalah faktor-faktor utama yang dapat mempengaruhi kecemasan individu, jika faktor tersebut kurang baik maka akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gejala-gejala kecemasan.

2.1.2.6. Mekanisme koping terhadap kecemasan

Secara umum, mekanisme koping terhadap ansietas diklasifikasikan kedalam 2 kategori yaitu strategi pemecahan masalah (*problem solving strategic*) dan mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*).

a. Strategi pemecahan masalah (*problem solving strategic*)

Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah/ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realistis. Beberapa strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan antara lain:

- 1) Meminta bantuan kepada orang lain
- 2) Mampu mengungkapkan perasaan sesuai dengan situasi yang ada
- 3) Mencari lebih banyak informasi yang terkait dengan masalah yang dihadapi sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realistis
- 4) Menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah
- 5) 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, karena segala sesuatu yang dilakukan seseorang adalah reaksi langsung dari apa yang ada dalam pikirannya

b. Mekanisme pertahanan diri (*defence mechanism*)

Merupakan mekanisme penyesuaian ego yaitu usaha melindungi diri dari perasaan yang tidak adekuat. Beberapa ciri mekanisme pertahanan diri antara lain:

- 1) Bersifat hanya sementara karena berfungsi untuk melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak menyenangkan dan secara tidak langsung mengatasi masalah

- 2) Mekanisme pertahanan diri terjadi diluar kesadaran. Individu tidak menyadari bahwa mekanisme pertahanan diri tersebut sering terjadi
- 3) Seringkali tidak berorientasi pada kenyataan.

Menurut Asmadi (2008), ada beberapa mekanisme pertahanan diri, yaitu:

a) Denial

Menghindar atau menolak untuk melihat kenyataan yang tidak diinginkan dengan cara mengabaikan atau menolak kenyataan tersebut.

b) Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai ketidakmampuan pribadinya atas kesalahan yang ia perbuat. Mekanisme ini digunakan untuk menghindari celaan dan hukuman yang mungkin akan ditimpakan kepada dirinya, akan tetapi mekanisme ini tidak realistis.

c) Represi

Menekan ke alam tidak sadar dan sengaja melupakan terhadap pikiran, prasaan dan pengalaman yang menyakitkan.

d) Regresi

Kemunduran dalam hal tingkah laku yang dilakukan individu dalam menghadapi stress

e) Rasionalisasi

Berusaha memberikan alasan yang masuk akal terhadap perbuatan yang dilakukannya. Padahal perbuatan yang dilakukan sebenarnya tidak baik, namun ia berusaha agar perbuatan/perilakunya dapat diterima

f) Fantasi

Keinginan yang tidak terkabul dipuaskan dalam imajinasi yang diciptakan sendiri dan merupakan situasi yang berkhayal/berfantasi. Fantasi dapat menjadi produktif atau

bahkan sebaliknya, fantasi yang produktif dapat menjadi motivasi yang kuat dalam menyelesaikan masalah. Sedangkan fantasi yang bersifat nonproduktif hanya untuk memuaskan khayalan sebagai pengganti kekurangan tetapi tidak menimbulkan motivasi untuk berprestasi.

g) *Displacement*

Memindahkan perasaan yang tidak menyenangkan dari seseorang atau objek ke orang atau objek lain.

h) *Undoing*

Tindakan atau komunikasi tertentu yang bertujuan menghapuskan atau meniadakan tindakan sebelumnya.

i) *Reaction formation*

Mengembangkan pola sikap dan perilaku tertentu yang disadari Tetapi berlawanan dengan perasaan dan keinginannya.

j) Kompensasi

Menutupi kekurangan dengan meningkatkan kelebihan yang ada pada dirinya

k) Sublimasi

Penyaluran rangsangan/nafsu yang tidak tercapai kedalam kegiatan lain yang bisa diterima oleh masyarakat

2.1.2.7. Alat ukur kecemasan menggunakan kuisioner HRS-A

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*). Skala HRS-A merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptoms* pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap items yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*Nol present*) sampai dengan 4.

Skala HRS-A pertama kali digunakan tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan. Skala HRS-A terdiri dari 14

pernyataan yang merupakan tanda dan gejala serta respons yang ditunjukkan dari kecemasan, skala HRS-A telah dibuktikan memiliki validitas dan realibilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan yaitu 0.93 dan 0.97. kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HRS-A akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel (Hawari, 2008)

Kecemasan yang dirasakan pasien fraktur dapat memperberat penyakit fisik. Pasien harus mampu mengatasi kecemasan tersebut agar penyakit fisik yang dialaminya tidak bertambah parah. Respon cemas yang terjadi pada penderita fraktur sangat berkaitan sekali dengan mekanisme koping yang dimilikinya. Mekanisme koping yang baik akan membentuk respon psikologis yang baik yang berperan dalam menunjang proses kesembuhan. Penelitian berkaitan telah dilakukan oleh Badar pada tahun 2013. Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien fraktur di ruang rawat inap Lontara II RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jadi, semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat kecemasan pasien, sehingga dukungan keluarga sangat diperlukan bagi pasien fraktur.

2.1.3. Fraktur femur

2.1.3.1. Pengertian

Fraktur adalah setiap retak atau patah pada tulang yang utuh. Kebanyakan fraktur disebabkan oleh trauma dimana terdapat tekanan yang berlebihan pada tulang, baik berupa trauma langsung dan trauma tidak langsung (Sjamsuhidajat, 2010).

Pasien yang harus imobilisasi setelah patah tulang akan menderita komplikasi antara lain: nyeri, iritasi kulit karena penekanan, hilangnya kekuatan otot. Kurang perawatan diri dapat terjadi bila sebagian tubuh di imobilisasi, mengakibatkan berkurangnya kemampuan perawatan diri (Carpenito, 2009).

Fraktur adalah terputusnya kontinuitas tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya. Fraktur dapat terjadi pada semua bagian tubuh salah satunya adalah fraktur femur (Smeltzer & Bare, 2013).

Fraktur femur adalah terputusnya kontinuitas tulang pada bagian paha (femur) akibat dari rudapaksa, trauma, dan kecelakaan. Fraktur femur dapat terjadi pada beberapa tempat meliputi bagian *caput*, *collum* atau *throcanter femur* (Smeltzer & Bare, 2013).

2.1.3.2. Jenis fraktur

Menurut Smeltzer & Bare (2013) Fraktur dapat dibagi menjadi:

- a. Incomplete: Fraktur hanya melibatkan bagian potongan menyilang tulang. Salah satu sisi patah; yang lain biasanya hanya bengkok (*greenstick*).
- b. Complete: Garis fraktur melibatkan seluruh potongan menyilang dari tulang, dan fragmen tulang biasanya berubah tempat.
- c. Tertutup (Simple): Fraktur tidak meluas melewati kulit.
- d. Terbuka (Complete): Fragmen tulang meluas melewati otot dan kulit, dimana potensial untuk terjadi infeksi.
- e. Patologis: Fraktur terjadi pada penyakit tulang dengan tak ada trauma atau hanya minimal.

2.1.3.3. Klasifikasi Fraktur Femur

Menurut Helmi (2012), fraktur femur dapat dibagi 5 jenis berdasarkan letak garis fraktur yaitu:

a. Fraktur *Interthrocanter* Femur

Merupakan patah tulang yang bersifat ekstra kapsuler dari femur, sering terjadi pada lansia dengan kondisi osteoporosis. Fraktur ini memiliki resiko nekrotik avaskuler yang rendah sehingga prognosanya baik. Penatalaksanaannya sebaiknya dengan reduksi terbuka dan pemasangan fiksasi internal. Intervensi konservatif

hanya dilakukan pada penderita yang sangat tua dan tidak dapat dilakukan dengan anestesi general.

b. Fraktur *Subtrochanter* Femur

Garis fraktur berada 5 cm distal dari trochanter minor diklasifikasikan menurut Fielding & Magliato sebagai berikut: tipe 1 adalah garis fraktur satu level dengan trochanter minor, tipe 2 adalah garis patah berada 1-2 inci dibawah dari batas atas trochanter minor, tipe 3 adalah 2-3 inci dari batas atas trochanter minor. Penatalaksanaannya dengan cara reduksi terbuka dengan fiksasi internal dan tertutup dengan pemasangan traksi tulang selama 6-7 minggu kemudian dilanjutkan dengan *hip gips* selama 7 minggu yang merupakan alternatif pada pasien dengan usia muda.

c. Fraktur Batang Femur

Fraktur batang femur biasanya disebabkan oleh trauma langsung, secara klinis dibagi menjadi 3 yaitu: yang pertama fraktur terbuka yang disertai dengan kerusakan jaringan lunak, resiko infeksi dan perdarahan dengan penatalaksanaan berupa *debridement*, terapi antibiotik serta fiksasi internal maupun eksternal. Yang kedua fraktur tertutup dengan penatalaksanaan konservatif berupa pemasangan skin traksi serta operatif dengan pemasangan *plate-screw*.

d. Fraktur Suprakondiler Femur

Fraktur ini disebabkan oleh trauma langsung karena kecepatan tinggi sehingga terjadi gaya aksial dan stress valgus atau varus dan disertai gaya rotasi. Penatalaksanaan berupa pemasangan traksi berimbang dengan menggunakan bidai dan penahan lutut, *cast-bracing* dan spika pinggul serta operatif pada kasus yang gagal konservatif dan fraktur terbuka dengan pemasangan *nail-phyrocdare screw*.

e. Fraktur Kondiler Femur

Mekanisme trauma fraktur ini biasanya merupakan kombinasi dari gaya hiperabduksi dan adduksi disertai dengan tekanan pada sumbu femur ke atas. Penatalaksanaannya berupa pemasangan traksi tulang selama 4-6 minggu dan kemudian dilanjutkan dengan penggunaan gips minispika sampai union sedangkan reduksi terbuka sebagai alternatif apabila konservatif gagal.

2.1.3.4. Penatalaksanaan Fraktur

Menurut Nayagam (2010) Prinsip penanganan fraktur adalah mengembalikan posisi patahan tulang ke posisi semula (reposisi) dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang (imobilisasi). Menurut Nyagam (2010) penatalaksanaan fraktur tersebut meliputi:

a. Reposisi

Tindakan reposisi dengan cara manipulasi diikuti dengan imobilisasi dilakukan pada fraktur dengan dislokasi fragmen yang berarti seperti pada fraktur radius distal. Reposisi dengan traksi dilakukan terus-menerus selama masa tertentu, misalnya beberapa minggu kemudian diikuti dengan imobilisasi. Tindakan ini dilakukan pada fraktur yang bila di reposisi secara manipulasi akan terdislokasi kembali dalam gips. Cara ini dilakukan pada fraktur dengan otot yang kuat, misalnya fraktur femur. Reposisi dilakukan secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif, misalnya reposisi patah tulang pada fraktur kolum femur. Fragmen direposisi secara non-operatif dengan meja traksi, setelah tereposisi dilakukan pemasangan *prosthesis* secara operatif pada kolum femur.

Reposisi diikuti dengan imobilisasi fiksasi luar (OREF) dilakukan untuk fiksasi fragmen patahan tulang, dimana digunakan pin baja yang ditusukkan pada fragmen tulang, kemudian pin baja

disatukan secara kokoh dengan batangan loga, dikulit luar. Beberapa indikasi pemasangan fiksasi luar antara lain fraktur dengan rusaknya jaringan lunak yang berat (termasuk fraktur terbuka), dimana pemasangan internal fiksasi terlalu beresiko untuk terjadi infeksi atau diperlukannya akses berulang terhadap luka fraktur disekitar sendi yang cocok untuk internal fiksasi namun jaringan lunak terlalu bengkak untuk operasi yang aman, pasien dengan cedera *multiple* yang berat, fraktur tulang panggul dengan perdarahan hebat, atau yang terkait dengan cedera kepala, fraktur dengan infeksi. Reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi patahan tulang dengan pemasangan fiksasi internal (ORIF), misalnya pada fraktur femur, tibia, humerus, atau lengan bawah. Fiksasi interna yang dipakai bisa berupa pin didalam sumsum tulang panjang, bisa juga plate dengan skrup dipermukaan tulang. Keuntungan reposisi secara operatif adalah dapat dicapai reposisi sempurna, dan bila dipasang fiksasi interna yang kokoh sesudah operasi tidak diperlukan pemasangan gips lagi dan segera bisa dilakukan imobilisasi. Indikasi pemasangan fiksasi interna adalah fraktur tidak bisa direduksi kecuali dengan operasi, fraktur yang tidak stabil dan cenderung terjadi displacement kembali setelah reduksi fraktur dengan penyatuan yang buruk dan perlahan (fraktur *femoral neck*), fraktur patologis, fraktur *multiple* dimana dengan reduksi dini bisa meminimkan komplikasi, fraktur pada pasien dengan perawatan yang sulit (*paraplegia* , pasien geriatri).

b. Imobilisasi

Pada imobilisasi dengan fiksasi dilakukan imobilisasi luar tanpa reposisi, tetapi tetap memerlukan imobilisasi agar tidak terjadi dislokasi fragmen. Contoh cara ini adalah pengelolaan fraktur tungkai bawah tanpa dislokasi yang penting. Imobilisasi yang lama akan menyebabkan mengecilnya otot dan kakunya sendi. Oleh karena itu diperlukan upaya mobilisasi secepat mungkin.

c. Rehabilitasi

Rehabilitasi berarti upaya mengembalikan kemampuan anggota yang cedera atau alat gerak yang sakit agar dapat berfungsi kembali seperti sebelum mengalami gangguan atau cedera.

Menurut Carpenitto (2009) 90% pasien *pre* operasi berpotensi mengalami *ansietas*. Fraktur selain menimbulkan rasa nyeri juga dapat menyebabkan kecemasan. Kecemasan (*ansietas*) adalah respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Reaksi fisiologis terhadap *ansietas* merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah dan suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab. Respon psikologis secara umum berhubungan adanya *ansietas* menghadapi anestesi, diagnosa penyakit yang belum pasti, keganasan, nyeri, ketidaktahuan tentang prosedur operasi dan sebagainya, kecemasan (*ansietas*) pasien *pre* operasi disebabkan berbagai faktor, salah satunya adalah dari faktor pengetahuan dan sikap perawat dalam mengaplikasikan pencegahan *ansietas* pada pasien *pre* operasi elektif di ruang bedah.

2.1.4. Pengertian Operasi dan Pre-operasi

Operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan tubuh ini umumnya dilakukan dengan membuat sayatan. Setelah bagian yang akan ditangani ditampilkan dilakukan tindakan perbaikan yang akan diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Syamsuhidajat, 2010).

Klasifikasi operasi terbagi menjadi dua, yaitu operasi minor dan operasi mayor. Operasi minor adalah operasi yang secara umum bersifat selektif, bertujuan untuk memperbaiki fungsi tubuh, mengangkat lesi pada kulit dan memperbaiki deformitas, contohnya pencabutan gigi,

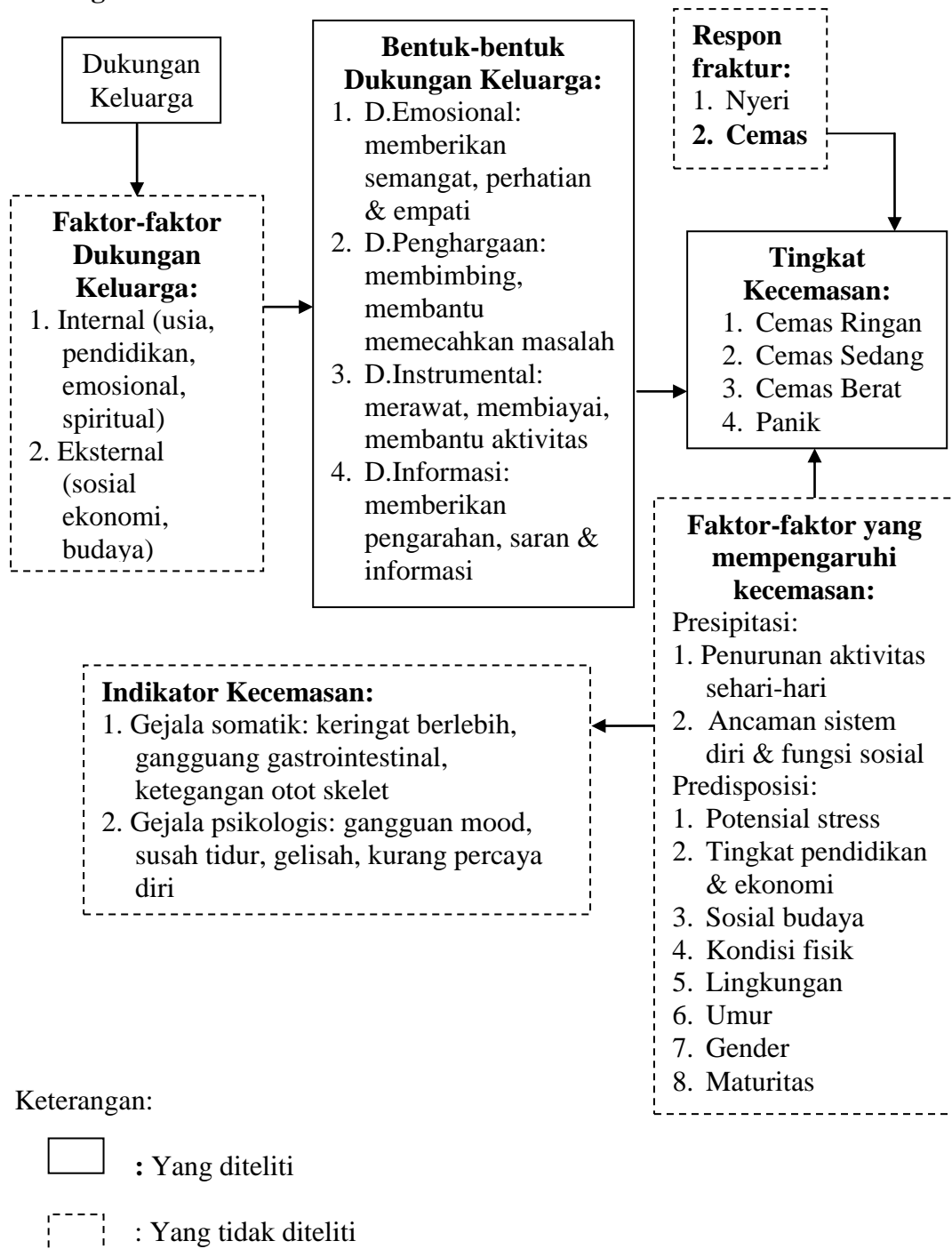
pengangkatan kutil, kuretase, operasi katarak, dan arthoskopi. Operasi mayor adalah operasi yang bersifat selektif, urgen dan emergensi. Tujuan dari operasi ini adalah untuk menyelamatkan nyawa, mengangkat atau memperbaiki bagian tubuh, memperbaiki fungsi tubuh dan meningkatkan kesehatan, contohnya fraktur femur, kolesistektomi, nefrektomi, kolostomi, histerektomi, mastektomi, amputasi dan operasi akibat trauma (Brunner & Sudarth 2013).

Preoperasi merupakan masa sebelum dilakukannya tindakan pembedahan yang dimulai sejak ditentukannya persiapan pembedahan dan berakhir sampai pasien berada di meja bedah (Hidayat, 2008).

2.1.5. Menurut Hurlock 1990 dalam (Niswatin, 2010) mendefinisikan dewasa awal dimulai usia 18 tahun, dimana individu telah menyelesaikan pertumbuhannya dan siap menerima kedudukan dalam masyarakat bersama orang dewasa lainnya. Sedangkan menurut Gusti (2008) dewasa awal adalah masa kematangan fisik dan psikologis serta emosi, berikut kriteria kematangan psikologis dan emosi:

1. Bisa saling menghargai
2. Berorientasi pada tugas, bukan pada diri / ego
3. Tujuan-tujuan yang jelas dan kebiasaan-kebiasaan kerja yang efisien
4. Pertanggungjawaban terhadap usaha-usaha pribadi
5. Penyesuaian yang realistis terhadap situasi-situasi baru.
6. Dapat mengontrol gejala emosi yang mengarah pada munculnya kecemasan
7. Mengendalikan perasaan pribadi
8. Menerima kritik dan saran
9. Memiliki sikap objektif yaitu berusaha mencapai keputusan dalam keadaan yang sesuai dengan kenyataan
10. Kemampuan beradaptasi dengan perubahan

2.2. Kerangka Teori

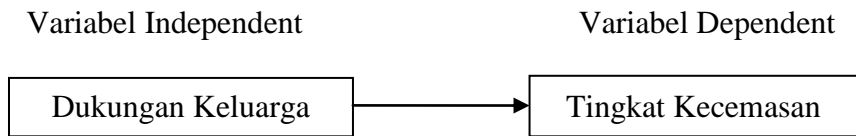


Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Widosari (2010), Setiadi (2008), Nugroho (2008)

2.3. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

2.4. Hipotesa Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti merumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

Ha : Ada Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Pavillium BC RS Bedah Karima Utama Surakarta.

Ho : Tidak ada Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi di Ruang Rawat Inap Pavillium BC RS Bedah Karima Utama Surakarta.