

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. *Appendicitis*

a. Pengertian

Appendicitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya appendiks vermicularis, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017). *Appendicitis* merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada vermicularis. *Appendicitis* adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran sekitar 4 inci yang buntu pada ujung sekum (Rosdahl & Kowalski, 2015).

b. Etiologi

Appendicitis disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen appendix sehingga terjadi kongesti vaskuler, iskemik nekrosis dan akibatnya terjadi infeksi. *Appendicitis* umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Penyebab obstruksi yang paling sering adalah *fecolith*. *Fecolith* ditemukan pada sekitar 20% anak dengan *appendicitis*. Penyebab lain dari obstruksi appendiks meliputi: *Hiperplasia folikel lymphoid* *Carcinoid* atau tumor lainnya, benda asing (pin, biji-bijian)

kadang parasit. Penyebab lain yang diduga menimbulkan *Appendicitis* adalah ulserasi mukosa appendix oleh parasit *E. histolytica* (Warsinggih, 2018).

c. Patofisiologi

Appendicitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa *appendicitis* berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal *appendicitis*, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Warsinggih, 2018).

d. Klasifikasi *appendicitis*

Amin dan Hardi (2016) menjelaskan bahwa klasifikasi *appendicitis* adalah sebagai berikut:

- 1) *Appendicitis* akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.

- 2) *Appendicitis* rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan *appendicitis* akut pertama sembuh spontan.
 - 3) *Appendicitis* kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.
- e. Manifestasi klinis
- Beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada *appendicitis* menurut Handaya (2017) adalah sebagai berikut :
- 1) Nyeri tumpul di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadaran kanan bawah ke titik *Mc Burney* (terletak diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.
 - 2) Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen
 - 3) Mual dan muntah
 - 5) Nafsu makan menurun
 - 6) Konstipasi
 - 7) Demam

f. Komplikasi

LeMone *et al.* (2016) menjelaskan bahwa komplikasi bisa terjadi apabila terlambat dalam penanganannya. Adapun jenis komplikasi sebagai berikut:

1) Perforasi apendiks

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi nanah sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui dengan gambaran klinis seperti suhu tubuh lebih dari 38,5°C dan nyeri tekan pada seluruh perut yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit.

2) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen). Komplikasi ini termasuk komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis.

3) Abses

Abses adalah peradangan pada sendiks yang berisi nanah.

Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *appendicitis* menurut Muttaqin dan Sari (2012) adalah sebagai berikut:

1) Pemeriksaan laboratorium, kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga 10.000 – 18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi

2) Pemeriksaan radiologi

- a) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
- b) Ultrasonografi (USG), dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks
- c) *CT-Scan*, untuk mendeteksi *appendicitis* dan adanya kemungkinan perforasi.
- d) *C-Reactive Protein* (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada *appendicitis* didapatkan peningkatan kadar CRP.

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita apendisitis yaitu dengan tindakan pembedahan atau *Appendectomy* yang termasuk dalam kategori operasi mayor. Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya menggunakan sayatan. Setelah bagian yang ditangani ditampilkan, dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka (Sjamsuhidajat *et al.*, 2017). *Appendectomy* adalah suatu prosedur operasi untuk memotong dan membuang appendix (usus buntu). Sebagian besar prosedur ini dilakukan dalam kondisi darurat untuk mengatasi radang usus buntu atau *appendicitis* (Kemenkes RI, 2022).

2. Post operasi

a. Pengertian

Post operasi adalah fase lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi. Pada fase ini dimulai dengan pasien berada di ruang pemulihian dan berakhir setelah serah terima pasien dengan perawat ruangan. Pada tahap ini aktivitas keperawatan mencakup mengkaji efek anestesi, memantau tanda-tanda vital serta mencegah komplikasi akibat pembedahan dan berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien (Brunner & Suddarth, 2014).

b. Perawatan post operasi

Majid *et al.* (2019) menjelaskan bahwa tindakan keperawatan pasien post operasi adalah sebagai berikut :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, *drainage, tube* atau selang, dan komplikasi.
- 2) Manajemen luka, amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal.
- 3) Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM (*range of motion*), nafas dalam dan batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.
- 4) Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik

yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

- 5) *Discharge planning* atau merencanakan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang hal-hal yang perlu dihindari dan dilakukan sehubungan dengan kondisinya pasca-operasi.

c. Komplikasi post operasi

Komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin-basah-pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah (Majid *et al.*, 2019).

3. Mobilisasi dini

a. Pengertian

Mobilisasi pasca operasi adalah suatu pergerakan perubahan posisi atau adanya kegiatan yang dilakukan setelah beberapa jam menjalani operasi (Nurmalita, 2021). Mobilisasi dini yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2014).

b. Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini

Nurmalita (2021) menjelaskan bahwa tujuan mobilisasi dini pada pasien post operasi adalah mempertahankan fungsi tubuh,

memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan kekuatan otot, memperlancar buang air kecil dan buang air besar, mencegah terjadinya hipotensi (tekanan darah rendah) dan mencegah terjadinya konstipasi (susah BAB). Menurut Smeltzer & Bare (2018), manfaat mobilisasi dini pada pasien post operasi adalah mempercepat pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi pasca bedah. Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri, mencegah tromboflebitis, memberi nutrisi untuk penyembuhan pada daerah luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.

c. Jenis Mobilisasi Dini

Jenis mobilisasi menurut Hidayat (2012) dibedakan menjadi dua yaitu sebagai berikut:

1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motoris volunteer dan sensoris untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2) Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan untuk bergerak dengan batasan yang jelas sehingga tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh saraf motoris dan

sensoris pada area tubuhnya. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a) Mobilisasi sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya: dislokasi sendi dan tulang.
- b) Mobilisasi sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem syaraf motorik dan sensorik.

Jenis mobilisasi dini berdasarkan rentang gerakannya menurut Merdawati (2018) adalah sebagai berikut:

1) Pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2) Aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

3) Fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan

f. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Menurut Potter dan Perry (2014), mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut :

1) Faktor fisiologis

Faktor fisiologis atau proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh seperti nyeri, peningkatan suhu tubuh dan perdarahan (Hidayat, 2012).

2) Faktor emosional

Kondisi emosional seseorang dapat menurunkan kemampuan untuk melakukan pergerakan (mobilisasi), seseorang yang mengalami perasaan kecemasan, kebahagiaan, kurangnya dukungan sosial, kepercayaan, tidak termotivasi akan mudah mengalami perubahan dalam melakukan pergerakan atau mobilisasi (Iza, 2018).

3) Faktor perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat umur yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan umur (Hidayat, 2012).

g. Tahap-tahap Mobilisasi

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Clark *et al*, (2013), adalah sebagai berikut :

- 1) Level 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15° , 30° , 45° , 60° , dan 90° .
- 2) Level 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- 3) Level 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- 4) Level 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

h. Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini

Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini menurut Iza (2018) adalah sebagai berikut:

- 1) Tahap pra interaksi
 - a) Menyiapkan SOP mobilisasi yang akan digunakan.
 - b) Melihat data atau riwayat operasi pasien.

- c) Melihat intervensi keperawatan yang telah diberikan oleh perawat.
 - d) Mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan mobilisasi dini
 - e) Mencuci tangan.
- 2) Tahap orientasi
- a) Memberikan salam dan memperkenalkan diri.
 - b) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu.
 - c) Menjelaskan tujuan dan prosedur.
 - d) Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien.
- 3) Tahap kerja
- Pada 6 jam pertama post operasi
- a) Menjaga privasi pasien
 - b) Mengatur posisi senyaman mungkin dan berikan lingkungan yang tenang
 - c) Anjurkan pasien distraksi relaksasi nafas dalam dengan tarik nafas perlahan-lahan lewat hidung dan keluarkan lewat mulut sambil mengencangkan dinding perut sebanyak 3 kali kurang lebih selama 1 menit
 - d) Latihan gerak tangan, lakukan gerakan abduksi dan adduksi pada jari tangan, lengan dan siku selama setengah menit
 - e) Tetap dalam posisi berbaring, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas

- f) Lakukan gerakan menarik keatas secara bergantian sebanyak 5-10 kali
- g) Latihan gerak kaki yaitu dengan menggerakan abduksi dan adduksi, rotasi pada seluruh bagian kaki

Pada 6-10 jam berikutnya

- a) Latihan miring kanan dan kiri
- b) Latihan dilakukan dengan miring kesalah satu bagian terlebih dahulu, bagian lutut fleksi keduanya selama setengah menit, turunkan salah satu kaki, anjurkan ibu berpegangan pada pelindung tempat tidur dengan menarik badan kearah berlawanan kaki yang ditekuk. Tahan selama 1 menit dan lakukan hal yang sama ke sisi yang lain

Pada 24 jam post operasi

- a) Posisikan *semi fowler* 30° - 40° secara perlahan selama 1-2 jam sambil mengobservasi nadi, jika mengeluh pusing turunkan tempat tidur secara perlahan
- b) Bila tidak ada keluhan selama waktu yang ditentukan ubah posisi pasien sampai posisi duduk

Pada hari ke 2 post operasi

Lakukan latihan duduk secara mandiri jika tidak pusing, perlahan kaki diturunkan.

Pada hari ke 3 post operasi

- a) Pasien duduk dan menurunkan kaki ke arah lantai.

- b) Jika pasien merasa kuat dibolehkan berdiri secara mandiri, atau dengan posisi dipapah dengan kedua tangan pegangan pada perawat atau keluarga, jika pasien tidak pusing dianjurkan untuk latihan berjalan disekitar tempat tidur.

4. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxious*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis (Muyasaroh, 2020). Kecemasan adalah keadaan emosi tanpa objek tertentu. Kecemasan dipicu oleh hal yang tidak diketahui dan menyertai semua pengalaman baru, seperti masuk sekolah, memulai pekerjaan baru atau melahirkan anak. Karakteristik kecemasan ini yang membedakan dari rasa takut (Stuart, 2016).

b. Tingkat kecemasan

Stuart (2016) menjelaskan kategori kecemasan adalah sebagai berikut :

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkat lapang

persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2) Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan sedang ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Tingkat ini berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

c. Jenis-jenis kecemasan

Freud (dalam Feist & Feist, 2014) membagi kecemasan menjadi tiga jenis, yaitu :

- 1) Kecemasan neurosis (*neurotic anxiety*), merupakan perasaan cemas akibat bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu sendiri berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan sendiri.
- 2) Kecemasan realistik (*realistic anxiety*), kecemasan ini didefinisikan sebagai perasaan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri.
- 3) Kecemasan moral (*moral anxiety*), bermula dari konflik antara ego dan *uperego*. Ketika anak membangun superego biasanya di umur lima atau enam tahun mereka mengalami kecemasan yang tumbuh dari konflik.

e. Gejala-gejala kecemasan

Terdapat empat respons tubuh terkait kecemasan yaitu respons fisiologis, respons perilaku, respons afektif, dan respons kognitif (Stuart, 2016). Respon kecemasan disajikan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 2.1
Respon Fisiologis

Sistem Tubuh	Respon
Kardiovaskular	Palpitasi Jantung “berdebar” Tekanan darah meningkat Rasa ingin pingsan
Pernapasan	Napas cepat Sesak napas Tekanan pada dada Napas dangkal Pembengkakan pada tenggorokan Sensasi tercekik Terengah-engah

Sistem Tubuh	Respon
Neuromuskular	Refleks meningkat Reaksi terkejut Mata berkedip-kedip Insomnia Tremor Gelisah, modar-mandir Wajah tegang Kelemahan umum Tungkai lemah Gerakan yang janggal
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan Menolak makan Rasa tidak nyaman pada abdomen Mual Nyeri di ulu hati Diare
Saluran perkemihan	Tidak dapat menahan kencing

Sumber : Stuart (2016)

Tabel 2.2
Respon Perilaku, Afektif dan Kognitif

Sistem Tubuh	Respon
Perilaku	Gelisah Ketegangan fisik Reaksi terkejut Bicara cepat Kurang koordinasi Menarik diri Hiperventilasi Sangat waspada
Kognitif	Konsentrasi buruk Pelupa Hambatan berpikir Lapang persepsi menurun Kreativitas menurun Bingung Mimpi buruk
Afektif	Tidak sabar Mudah terganggu Gelisah Gugup Ketakutan Kekhawatiran Rasa bersalah

Sumber : Stuart (2016)

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien post operasi menurut Palla *et al.*, (2018) adalah sebagai berikut:

1) Jenis tindakan operasi

Umumnya individu akan merasa cemas ketika akan menjalani tindakan medis karena tindakan medis merupakan prosedur yang dapat menimbulkan komplikasi yang kemungkinan dapat merugikan individu tersebut. Apabila seseorang atau individu yang akan menjalani tindakan medis seperti tindakan pembedahan maka kecemasan yang dialaminya harus ditangani terlebih dahulu (Berman *et al.*, 2015).

2) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Peran keluarga dalam mengenal masalah kesehatan yaitumampu mengambil keputusan dalamkesehatan, ikut merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada sangatlah penting dalam mengatasi kecemasan pasien (Friedman, 2014).

3) Komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatan dipusatkan

untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Dengan komunikasi dan hubungan terapeutik perawat-klien diharapkan dapat menurunkan kecemasan klien. Klien merasa bahwa interaksinya dengan perawat merupakan kesempatan untuk berbagi pengetahuan, perasaan dan informasi dalam rangka mencapai tujuan keperawatan yang optimal, sehingga proses penyembuhan akan lebih cepat (Potter & Perry, 2014).

4) *Keyakinan diri*

Tingkat keyakinan diri akan mempengaruhi kecemasan pada setiap individu (Paputungan & Bataha, 2018).

5) *Caring* perawat

Caring merupakan asuhan langsung yang diberikan kepada pasien melalui interaksi dan proses teaching, learning sikap dan perilaku caring, caring mempunyai banyak manfaat untuk pasien, seperti ketenangan jiwa, membina rasa percaya, mengurangi kecemasan pasien dan menstimulasi kesadaran, sehingga akan membantu kesembuhan dan menimbulkan kepuasan pasien (Paputungan & Bataha, 2018).

h. Alat ukur tingkat kecemasan

Frida (2014) menjelaskan bahwa manifestasi dari kecemasan dapat berupa aspek psikologis maupun fisiologis. Untuk mengungkap atau mengukur gejala kecemasan ada beberapa metode yaitu sebagai berikut:

- 1) *Self report* atau *questionnaire*, merupakan sejumlah pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab oleh individu berupa test skala kecemasan.
- 2) *Overt behavioral*, dengan melakukan observasi terhadap individu, dapat terlihat dari ekspresi seperti gemetar, pucat, menggigit-gigit kuku dan sebagainya.
- 3) *Physiological*, menggunakan alat-alat pengukur tertentu, seperti pengukuran denyut jantung, pernafasan, keluarnya keringat, aktivitas kelenjar adrenalin dan lain-lain.

Menurut Saputro & Fazrin (2017) dan Irman, Nistica dan Keytimu (2020) terdapat beberapa instrumen pengukuran kecemasan, yaitu:

- 1) *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*
Instrumen penelitian STAI terdiri atas dua dimensi yaitu kecemasan sesaat dan kecemasan dasar. STAI terdiri atas state anxiety berisi 20 pertanyaan yang menunjukkan bagaimana perasaan seseorang yang dirasakan saat ini. Trait anxiety berisi 20 pertanyaan yang menunjukkan bagaimana perasaan seseorang yang dirasakan biasanya atau pada umumnya. Tingkat kecemasan pada instrumen ini berupa kecemasan ringan, sedang dan berat. Instrumen STAI terdapat 4 pilihan jawaban pada setiap bagiannya dan setiap item pernyataan mempunyai rentang angka pilihan antara 1-4.

- 2) *Beck Anxiety Inventory (BAI)*

BAI merupakan kuesioner *self report* yang dirancang untuk mengukur keparahan kecemasan dan membedakan antara

kecemasan dengan depresi. BAI terdiri dari 21 pertanyaan dan masing-masing pertanyaan ada empat poin menggunakan skala likert dengan skor terendah 0 dan tertinggi 63.

3) *The State Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA)

STICSA merupakan alat ukur yang didesain untuk mengkaji gajala kognitif dan somatik dari tingkat kecemasan saat ini dan secara umum. Terdiri dari 21 pertanyaan untuk mengetahui bagaimana yang responden rasakan sekarang, pada waktu sekarang dan kejadian sekarang. Menggunakan skala Likert yang terdiri dari 2 poin mulai dari 1 dengan tidak ada gejala sampai 4 yang berarti sering.

4) *Zung Self Rating Anxiety Scale*

Merupakan metode pengukuran ingkat kecemasan yang berfokus pada kecemasan secara umum dan coping dalam menghadapi stres. Terdiri dari 20 pertanyaan, 15 pertanyaan tentang peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan tentang penurunan kecemasan.

5) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) adalah satu skala rating yang dikembangkan untuk mengukur kerasnya dari kegelisahan gejala. Skala yang terdiri dari 14 item, masing-masing ditetapkan oleh serangkaian gejala dan mengukur kedua kegelisahan psikis (mental agitation psikologis dan penderitaan) dan *somatic anxiety*

(keluhan fisik yang terkait dengan kegelisahan). *Scoring* pada setiap item dapat dikelompokkan menjadi 5 kategori yaitu :

- 1) 0 – 13 : tidak ada kecemasan
- 2) 14 – 20 : kecemasan ringan
- 3) 21 – 27 : kecemasan sedang
- 4) 28 – 34 : kecemasan berat
- 5) > 34 : kecemasan sangat berat atau panik

5. Dukungan keluarga

a. Pengertian

Dukungan keluarga menurut Friedman (2014) 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. Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu

b. Bentuk dan fungsi dukungan keluarga

Bentuk dan fungsi dukungan keluarga menurut Friedman (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional

2) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkret, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat

3) Dukungan informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

4) Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2015) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1) Faktor internal

- a) Tahap perkembangan, artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor umur dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang umur (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.
- b) 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.
- c) Faktor emosi juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melakukannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap 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 coping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin.

- d) Spiritual, aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2) Eksternal

- a) Praktik di keluarga, cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarga melakukan hal yang sama.
- b) Faktor sosio-ekonomi dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang

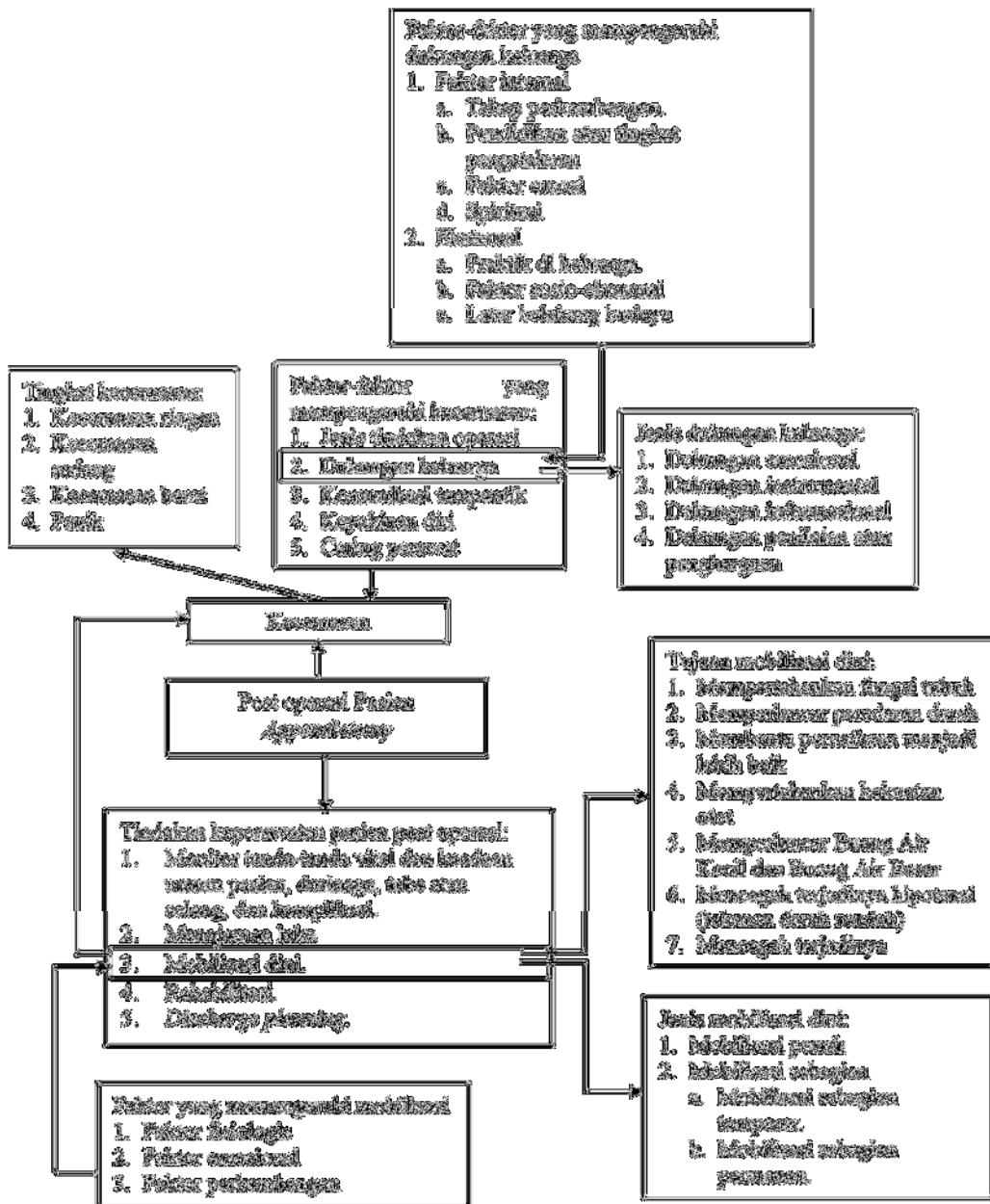
biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga keluarga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

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

d. Alat ukur dukungan keluarga

Arikunto (2016) menjelaskan untuk mengungkap variabel dukungan keluarga, menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori *House* dan aspek-aspek yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga adalah dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Skala pengukuran menggunakan skala model likert yang terdiri dari pernyataan dari empat alternatif jawaban yaitu 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering , 4= selalu.

B. Kerangka Teori



Bagan 2.1
Kerangka Teori

Sumber: Majid *et al.* (2019), Nurmalita (2021), Hidayat (2012), Stuart (2016), (Palla *et al.*, 2018), Friedman (2014), Purnawan (2015) dan Paputungan & Bataha (2018)

