

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Deskripsi Konseptual**

##### **1. Spinal Anestesi**

###### a. Pengertian

Morgan (2016) mengemukakan spinal anestesi adalah pemberian obat anestetik lokal dengan cara menyuntikkan sejumlah kecil obat anestesi secara langsung ke dalam rongga *Subarachnoid* atau Cairan Cerebro spinal (CSS).

###### b. Lokasi penyuntikan

Secara anatomis dipilih segmen L2 ke bawah pada penusukan oleh karena ujung bawah daripada medulla spinalis setinggi L2 dan ruang intersegmental lumbal ini relative lebih lebar dan datar dibandingkan dengan segmen-segmen lainnya. Lokasi interspace ini dicari dengan cara menghubungkan crista iliaca kiri dan kanan, maka titik pertemuan dengan segmen lumbal merupakan processus spinosus L4 atau interspace L4-L5 (Morgan, 2016).

###### c. Komplikasi pada spinal anestesi

###### 1) Hipotensi

Anestesi spinal menyebabkan hambatan simpatis yang menyebabkan dilatasi arteri dan bendungan vena (penurunan tahanan vaskuler sistemik) dan hipotensi. Bendungan di vena menyebabkan penurunan aliran balik vena ke jantung, penurunan curah jantung dan menyebabkan hipotensi (Soenarto, 2012).

###### 2) Blok spinal tinggi

Blok spinal tinggi merupakan komplikasi yang sangat mengkuawatirkan, hal ini terjadi karena obat anestesi dapat mencapai *cranium* dan akan menimbulkan paralisis total. Biasanya dapat diketahui dari tanda berikut ini : penurunan kesadaran yang tiba-tiba, apnoe, hipotensi berat, dan dilatasi pupil

(Pramono, 2015).

3) Nyeri kepala pasca-pungsi dura (*postural puncture headache/PDPH*)

Jarum epidural berukuran besar dan punksi dura mengakibatkan kebocoran cairan serebrospinalis (LCS) dalam jumlah besar. Hal ini mengakibatkan tekanan LCS yang rendah. Bilamana pasien duduk tegak atau berjalan, tarikan terjadi pada otak dan meningen sebagai akibat gravitasi dan kehilangan LCS. Hal ini mengakibatkan nyeri kepala postural yang karakteristik yang dijalarkan ke daerah oksipital. Nyeri menghilang bila pasien berbaring terlentang. Keadaan ini lebih sering terjadi pada pasien obstetrik. Keadaan ini dapat timbul sampai 2 sampai 7 hari setelah punksi lumbal dan dapat menetap hingga selama 6 minggu. (Nileshwar, 2014).

## 2. Pre Anestesi

### a. Pengertian

Anestesi adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari tatalaksana untuk menghilangkan rasa, baik rasa nyeri, takut dan rasa tidaknyaman sehingga pasien merasa lebih nyaman. 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 preoperasi 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 (Mangku, 2015).

### b. Tujuan dari pre anestesi :

- 1) Mengetahui status fisik klien preoperatif.
- 2) Mengetahui dan menganalisis jenis operasi.
- 3) Memilih jenis/ teknik anestesi yang sesuai.
- 4) Mengetahui kemungkinan penyulit yang mungkin akan terjadi selama pembedahan dan atau

pascabedah.

- 5) Mempersiapkan obat/ alat guna menanggulangi penyulit yang dimungkinkan.

c. Tahapan pre anestesi

Pada kasus bedah *elektif*, evaluasi pre anestesi dilakukan sehari sebelum pembedahan. Kemudian evaluasi ulang dilakukan di kamar persiapan instalasi bedah sentral (IBS) untuk menentukan status fisik berdasarkan ASA (*American Society of Anesthesiologist*). Pada kasus bedah darurat, evaluasi dilakukan pada saat itu juga di ruang persiapan operasi instalasi rawat darurat (IRD), karena waktu yang tersedia untuk evaluasi sangat terbatas, sehingga sering kali informasi tentang penyakit yang diderita kurang akurat. Persiapan pre anestesi di rumah sakit meliputi :

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.
- (b) Berikan obat *sedative* pada klien yang mengalami kecemasan berlebihan atau klien tidak kooperatif misalnya pada klien *pediatrik* (kolaborasi).
- (c) 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, dapat dilakukan sesuai dengan aturan tersebut.
- (e) Klien dimandikan pagi hari menjelang ke kamar bedah, pakaian diganti dengan pakaian khusus kamar bedah dan kalau perlu klien diberi label.

### 3) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pasien yang akan dilakukan operasi dan anestesi (Mangku, 2012) adalah sebagai berikut :

- (a) Pemeriksaan atau pengukuran status *presen*: kesadaran, frekwensi napas , tekanan darah, nadi, suhu tubuh , berat badan dan tinggi badan untuk menilai status gizi pasien.
- (b) Pemeriksaan fisik umum, meliputi pemeriksaan status :
  - Psikologis : gelisah, cemas, takut, atau kesakitan.
  - Syaraf (otak, medulla spinalis, dan syaraf tepi).
  - Respirasi.
  - Hemodinamik.
  - Penyakit darah.
  - Gastrointestinal.
  - Hepato-billier.
  - Urogenital dan saluran kencing.
  - Metabolik dan endokrin.
  - Otot rangka.
  - Integumen

### 4) Membuat surat persetujuan tindakan medik.

Menurut Majid, dkk (2011) membuat surat persetujuan merupakan aspek etik dan hukum, maka pasien atau orang yang bertanggung jawab terhadap pasien wajib untuk menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi.

### 5) Persiapan lain yang bersifat khusus pre anestesi.

Apabila dipandang perlu dapat dilakukan koreksi terhadap kelainan sistemik yang dijumpai pada saat evaluasi preanestesi

misalnya : transfusi, dialisa, fisioterapi, dan lainnya sesuai dengan prosedur tetap tata laksana masing-masing penyakit yang diderita klien.

### **3. Kecemasan**

#### **a. Definisi kecemasan**

*Anxiety* atau dalam bahasa Indonesia dapat diartikan dengan kecemasan, merupakan salah satu faktor psikologis yang tidak dapat lepas dari kehidupan manusia. Kecemasan merupakan keadaan suasana hati yang ditandai oleh efek negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan di masa yang akan datang dengan perasaan khawatir. Kecemasan mungkin melibatkan perasaan perilaku dan respon-respon fisiologis (Feist dan Feist, 2011).

Menurut Herdman (2010), kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai dengan respon otonom (sumber terkadang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang was-was untuk mengatasi bahaya. Ini merupakan sinyal peringatan akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk mengambil langkah dalam menghadapinya.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah respon psikologis terhadap stres yang mengandung komponen fisiologis dan psikologis, perasaan takut atau tidak tenang yang tidak diketahui sebabnya. Kecemasan terjadi ketika seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun psikologik seperti harga diri, gambaran diri atau identitas diri.

#### **b. Macam-macam kecemasan**

Menurut Freud (dalam Feist dan Feist, 2010) terdapat tiga jenis kecemasan, yaitu kecemasan neurosis, kecemasan moral dan kecemasan realistik. Ketiga kecemasan tersebut saling berkaitan antara satu dan yang lainnya dan tidak terdapat batas yang jelas antar ketiga jenis kecemasan tersebut.

- 1) Kecemasan neurosis (*neurotic anxiety*) adalah rasa cemas terhadap bahaya yang tidak diketahui. Perasaan cemas tersebut berada pada ego, tetapi muncul dikarenakan adanya dorongan id.
- 2) Kecemasan mora (*moral anxiety*) bermula dari konflik antar ego dengan superego. Bermula dari konflik tersebut maka kecemasan moral sering dikatakan sebagai kecemasan suara hati. Pada anak yang sedang membentuk superego maka kecemasan akan muncul secara berkembang.
- 3) Kecemasan realistik (*realistic anxiety*) didefinisikan sebagai perasaan tidak menyenangkan yang tidak spesifik mencakup kemungkinan bahaya akan terjadi. Kecemasan realistik merupakan kecemasan yang berkaitan dengan rasa takut, namun berbeda dengan rasa takut itu sendiri. Kecemasan realistik berbeda dengan rasa takut karena tidak mencakup objek secara khusus ditakuti melainkan sesuatu yang tidak bisa dikontrol.

Berdasarkan pemaparan diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan terbagi dalam 3 bentuk kecemasan diantaranya, kecemasan neurosis, kecemasan moral dan kecemasan realistik. Kecemasan neurosis berasal dari diri sendiri. Kecemasan moral merupakan rasa cemas yang muncul karena adanya pertentangan diri. Bentuk kecemasan terakhir adalah kecemasan realistik merupakan kecemasan yang berasal dari luar dirinya, baik itu berupa bahaya yang sudah terlihat maupun bahaya dimasa depan.

c. Respon kecemasan

Barlow (2002, dalam Passer & Smith, 2007) mengemukakan respon kecemasan memiliki empat komponen, yaitu respon subjektif emosional, respon kognitif, respon fisiologis dan respon perilaku.

- 1) Respon subjektif emosional, merupakan respon emosional yang dirasakan, seperti perasaan tertekan dan ketakutan.
- 2) Respon kognitif berupa pemikiran khawatir dan pemikiran tidak mampu untuk mengatasi berbagai hal.

- 3) Respon fisiologis berupa perubahan yang terjadi pada fisik seseorang seperti meningkatnya denyut jantung, tekanan darah, menegangnya otot-otot, peningkatan intensitas bernafas, mual, mulut kering, dehidrasi dan berkeringat.
- 4) Respon perilaku berupa perilaku menghindar dari situasi tertentu yang dapat mengganggu dalam penyelesaian tugas.

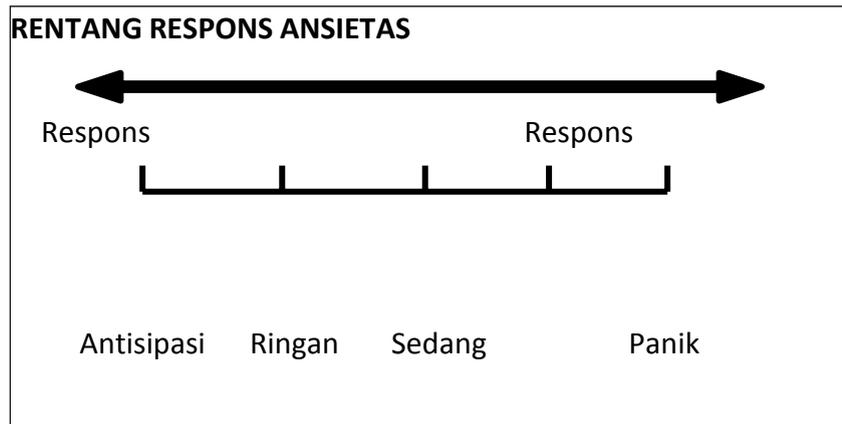
Clark dan Beck (2010, dalam Rizal, 2014) memaparkan symptom/gejala kecemasan. Symtom/gejala tersebut terdiri dari gejala fisik, gejala kognitif, gejala perilaku dan gejala afektif, secara terperinci sebagai berikut:

- 1) Gejala fisik terdiri dari detak jantung meningkat; nafas pendek dan cepat; nyeri dada atau dada terasa tertekan; sesenggukan; pusing; berkeringat; kedinginan; merasa mual; diare; sakit perut; gemetar; kesemutan; kelelahan; goyah; pingsan; otot tegang dan kaku dan mulut kering
- 2) Gejala kognitif terdiri dari takut kehilangan kendali; takut cedera fisik atau kematian; takut akan menjadi “gila”; takut akan penilaian negatif dari orang lain; pengalaman menakutkan; gambar atau ingatakan; persepsi ketidaknyataan; konsentrasi yang buruk, kebingungan, mudah terakihkan; penyempitan perhatian, terlalu fokus pada ancaman; memori yang buruk; kesulitan dalam penalaran, kehilangan objektivitas.
- 3) Gejala perilaku terdiri dari menghindari isyarat ancaman atau situasi; mengurung diri; mencari jaminan atas keselamatan diri; gelisah, mondar-mandir; hiperventilasi; tidak dapat bergerak atau terlalu banyak gerak; sulit bicara.
- 4) Gejala afektif terdiri dari gugup, tegang; takut; tidak sabar, frustrasi.

Berdasarkan penjabaran diatas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan dapat menimbulkan empat bentuk simtom diantaranya ada simtom fisik, kognitif, perilaku dan afektif. Respon tersebut

muncul berbeda dalam setiap individunya, tergantung dari dari individu yang mengalami kecemasan tersebut

d. Rentang Respons Ansietas



Gambar 2.1. Rentang respons ansietas

Sumber : Stuart, Gail. W (2007)

1) Respons Adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

2) Respons Maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

Menurut Stuart dan Sundeen dalam Asmadi (2008), ada beberapa tingkat kecemasan dan karakteristiknya antara lain :

- 1) Kecemasan ringan
  - a) Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari
  - b) Kewaspadaan meningkat
  - c) Persepsi terhadap lingkungan meningkat
  - d) Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreatifitas.
  - e) Respon fisiologis : sesekali napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit , gejala ringan pada lambung, muka berkerut serta bibir bergetar
  - f) Respon kognitif : mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan.
  - g) Respon perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan dan suara kadang-kadang meninggi.
- 2) Kecemasan Sedang
  - a) Respon fisiologis : sering napas pendek, nadi ekstra siastol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/ konstipasi, sakit kepala, sering berkemih dan letih.
  - b) Respon kognitif : memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima.
  - c) Respon perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman.
- 3) Kecemasan Berat
  - a) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain.
  - b) Respon fisiologis : napas pendek, nadi dan tekanan darah naik berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkabut, serta tampak tegang.
  - c) Respon kognitif : tidak mampu berpikir berat lagi dan

membutuhkan banyak pengarahan dan tuntunan serta lapang persepsi menyempit.

d) Respon perilaku dan emosi : perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat).

4) Panik

a) Respon fisiologis : napas pendek, rasa tercekik, dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasimotorik. Respon kognitif : gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi.

b) Respon kognitif : gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi.

c) Respon perilaku dan emosi : agitasi, mengamuk, dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, sertadapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan orang lain.

e. Faktor Kecemasan

Menurut Durand & Barlow (2006) terdapat tiga faktor yang berkontribusi terhadap kecemasan, yaitu biologis, psikologis dan sosial.

1) Kontribusi biologis

Terdapat beberapa penelitian yang melandasi pernyataan dari Durand dan Barlow (2006) bahwa faktor biologis dapat berkontribusi dalam kecemasan seorang individu. Contoh penelitian yang mendasari pernyataan mereka adalah penelitian mengenai GABA (*Gamma Aminobutyric Acid*) dan penelitian mengenai CRF (*coertocotropin releasing factor*). Tingkat GABA yang sangat rendah dapat secara tidak langsung berpengaruh terhadap dengan meningkatnya kecemasan ( Durand & Barlow, 2006).

2) Kontribusi psikologis

Perasaan mampu mengontrol (*sense of control*) semua aspek kehidupan dimasa depan yang pasti sampai tidak pasti (Durand & Barlow, 2010). Persepsi bahwa dimasa depan dipenuhi oleh hal-hal yang tidak dapat dikontrol tampak nyata dalam bentuk keyakinan bahwa masa depan dipenuhi oleh bahaya (Durand & Barlow, 2006).

3) Kontribusi sosial

Peristiwa yang menimbulkan stres seperti perkawinan, perceraian, kematian, cedera, penyakit dan tekanan sosial untuk pencapaian memicu kerentanan kita terhadap kecemasan (Durand & Barlow, 2010). Barlow (2013, dalam Durand & Barlow, 2010) mengungkapkan bahwa stresor tersebut dapat memicu reaksi fisik sakit kepala, hipertensi serta reaksi emosional seperti serangan panik. Aktan (2011) mengemukakan kontribusi sosial khususnya dukungan sosial dapat berdampak positif pada penurunan kecemasan.

Menurut Lutfa dan Maliya (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan operasi adalah sebagai berikut:

1) Faktor-faktor intrinsik, antara lain:

(a) Usia Pasien

Gangguan kecemasan lebih sering terjadi pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Menurut Stuart & Sundeen (2010) Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

(b) Pengalaman

Menjelaskan bahwa pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan sangat menentukan bagi kondisi mental individu di kemudian hari. Apabila pengalaman individu tentang pengobatan kurang, maka cenderung mempengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan pengobatan

selanjutnya.

(c) Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan mempengaruhi individu untuk berhubungan dengan orang lain. Peran adalah pola, sikap, perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. pengetahuan yang sesuai dengan peran,

Konsistensi respon orang lain yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dialaminya, serta keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Selain itu terjadinya situasi yang menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran, akan mempengaruhi kehidupan individu. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat akan cenderung mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2) Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain :

(a) Kondisi medis

Terjadinya kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan, walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien yang mendapatkan diagnosa operasi akan lebih mempengaruhi tingkat kecemasan pasien dibandingkan dengan pasien yang didiagnosa baik.

(b) Tingkat pendidikan

Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambil keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stressor dalam diri sendiri maupun dari luarnya.

(c) Akses informasi

Akses informasi merupakan pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapat berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi yang akan didapatkan pasien sebelum pelaksanaan tindakan operasi terdiri dari tujuan, proses, resiko dan komplikasi serta alternatif tindakan yang tersedia, serta proses administrasi (Smeltzer dan Bare dalam Lutfu dan Maliya. 2008).

(d) Adaptasi

Kozier dan Oliverry dalam Lutfu dan Maliya (2008), menjelaskan bahwa tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber dimana individu berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia dirumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai keseimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

(e) Tingkat sosial ekonomi

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah memiliki prevalensi gangguan psikiatrik yang lebih banyak. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa keadaan ekonomi yang rendah atau tidak dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada pasien menghadapi tindakan operasi.

(f) Tindakan operasi

Adalah klasifikasi tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang (Muttaqin dan Sari, 2009;72).

## (g) Lingkungan

Menurut Ramaiah (2015) lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir. Hal ini bisa saja disebabkan pengalaman dengan keluarga, sahabat, rekan sejawat dan lain-lain. Kecemasan wajar timbul jika anda merasa tidak aman terhadap lingkungan

## f. Alat Ukur Kecemasan

Ada berbagai cara mengukur tingkat kecemasan, diantaranya adalah :

1) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Untuk mengetahui tingkat kecemasan pada pasien apakah masuk kedalam tingkat kecemasan ringan, sedang atau berat, menggunakan instrument ukur yaitu *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Skala ini dibuat oleh Max Hamilton tujuannya adalah untuk menilai kecemasan sebagai gangguan klinikal dan mengukur gejala kecemasan. Kuesioner HARS berisi empat belas pertanyaan yang terdiri dari tiga belas kategori pertanyaan tentang gejala kecemasan dan satu kategori perilaku saat wawancara. (Nursalam, 2011). Dengan keterangan tersebut terdapat aspek penialaian kuesioner HARS diantaranya :

- a) Ketakutan
- b) Kecemasan
- c) Kegelisahan/ ketegangan
- d) Optimisme
- e) Kesedihan/depresi
- f) Intelektual
- g) Minat
- h) Pernafasan
- i) Perkemihan
- j) Gastrointestinal
- k) Perilaku

Dengan masing-masing penialain mempunyai jawaban diantaranya

: tidak pernah = 1, kadang-kadang = 2, sering = 3, selalu = 4.

Dengan hasil keterangan:

- Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan.
- Skor 14 – 20 = kecemasan ringan.
- Skor 21 – 27 = kecemasan sedang.
- Skor 28 – 41 = kecemasan berat.
- Skor 42 – 56 = kecemasan berat sekali

2) *Amsterdam preoperative anxiety and information Scale (APAIS)*.

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali orang akan menggunakan alat ukur (*instrument*) yang dikenal dengan: *Amsterdam preoperative anxiety and information Scale (APAIS)*.

Firdaus (2014) untuk mengetahui tingkat kecemasan dari ringan, sedang, berat dan sangat berat dapat diukur dengan skala *APAIS (Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale)*. Alat ukur ini terdiri dari 6 item kuesioner yaitu:

a) Mengenal anestesi

- (1) Saya merasa cemas dengan tindakan anestesi (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat, 5= berat sekali).
- (2) Anestesi selalu dalam pikiran saya (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat, 5= berat sekali).
- (3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai anestesi (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat, 5= berat sekali).

b) Mengenai pembedahan/ operasi

- (1) Saya cemas mengenai prosedur operasi (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat, 5= berat sekali).
- (2) Prosedur operasi selalu dalam pikiran saya (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat, 5= berat sekali).
- (3) Saya ingin mengetahui banyak hal mengenai prosedur operasi (1= tidak cemas, 2= ringan, 3= sedang, 4= berat,

5=berat sekali).

Jadi dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1-6 : Tidak ada kecemasan.
- 7-12 : Kecemasan ringan.
- 13-18 : Kecemasan sedang.
- 19-24 : Kecemasan berat.
- 25-30 : Kecemasan berat sekali/panic

### 3) DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*)

DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*) merupakan alat ukur kecemasan untuk mengetahui sejauh mana kecemasan pasien. DASS mempunyai 42 aspek penialain, dengan keterangan 0= tidak pernah, 1= sesuai yang dialami sampai tingkat tertentu atau kadang-kadang, 2= sering dan 3= sangat sesuai dengan yang dialami atau hampir setiap saat.

Dari 42 aspek, terdapat 3 skala diantaranya: skala depresi pada aspek penilaian (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42), aspek skala kecemasan (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41) dan aspek skala stress (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) (Nurasalam, 2011).

Tingkat penilaian aspek skala penilaian, kecemasan dan stress :

**Tabel 2.1**  
Tingkat aspek penilaian, kecemasan dan stress

<b>Tingkat</b>	<b>Depresi</b>	<b>Kecemasan</b>	<b>Stress</b>
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Parah	21-27	15-19	26-33
Sangat parah	>28	>20	>34

## 4. Dukungan Keluarga

### a. Pengertian keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat dimana terjadi interaksi antara anak dan orang tuanya. Keluarga berasal dari bahasa

sanssekerta kulu dan warga atau kuluwarga yang berarti anggota kelompok kerabat (Ali, 2009).

Mubarak, dkk (2009) keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain.

Sedangkan menurut Andarmoyo (2012) keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur anantara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama.

#### b. Fungsi Keluarga

Menurut Murwani (2007) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, sebagai berikut :

##### 1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut dapat dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri positif. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah :

- a) Saling mengasuh ; cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga, mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain. Maka, kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat

dan saling mendukung. Hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan oranglain diluar keluarga/masyarakat.

- b) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif, maka fungsi afektif akan tercapai.
- c) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak meniru tingkah laku yang positif dari kedua orang tuanya.

## 2) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang disekitarnya. emudian beranjak balita dia mulai belajar bersosialisasi dengan lingkungan sekitar meskipun demikian keluarga tetap berperan penting dalam bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi keluarga.

## 3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis

pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan.

#### 4) Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian

#### 5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberi 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.

#### c) Pengertian Dukungan Keluarga

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.

#### d) Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Friedman (2008), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak

yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga yang lebih besar. Selain itu dukungan keluarga yang diberikan oleh orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Menurut Friedman (2008), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris di bandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

e Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan

Pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan dapat diterangkan melalui hipotesis penyangga (*Buffer hypothesis*) dan hipotesis efek langsung (*Direct Effect Hypotesis*). Menurut hipotesis pengganggu, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi individu terhadap efek negatif dari stres yang berat. Orang dengan dukungan sosial yang tinggi akan kurang menilai situasi penuh stres, sedangkan dengan dukungan sosial yang rendah akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres. Hipotesis efek tidak langsung berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan, tidak peduli banyaknya stres yang dialami. Contohnya: orang yang dengan dukungan sosial tinggi dapat memiliki penghargaan lebih tinggi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa dukungan sosial terhadap kesehatan berkaitan dengan fungsi melindungi seseorang terhadap gangguan psikologi (Liandi, 2011) Dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Liandi (2011) bahwa dukungan keluarga sedang sebanyak 53,33% menyebabkan kecemasan sedang, kecemasan rendah sebanyak 10% dan kecemasan sedang 6,67% didapat pada anak yang memperoleh dukungan tinggi (baik) dari keluarga mereka

f Instrument dukungan keluarga

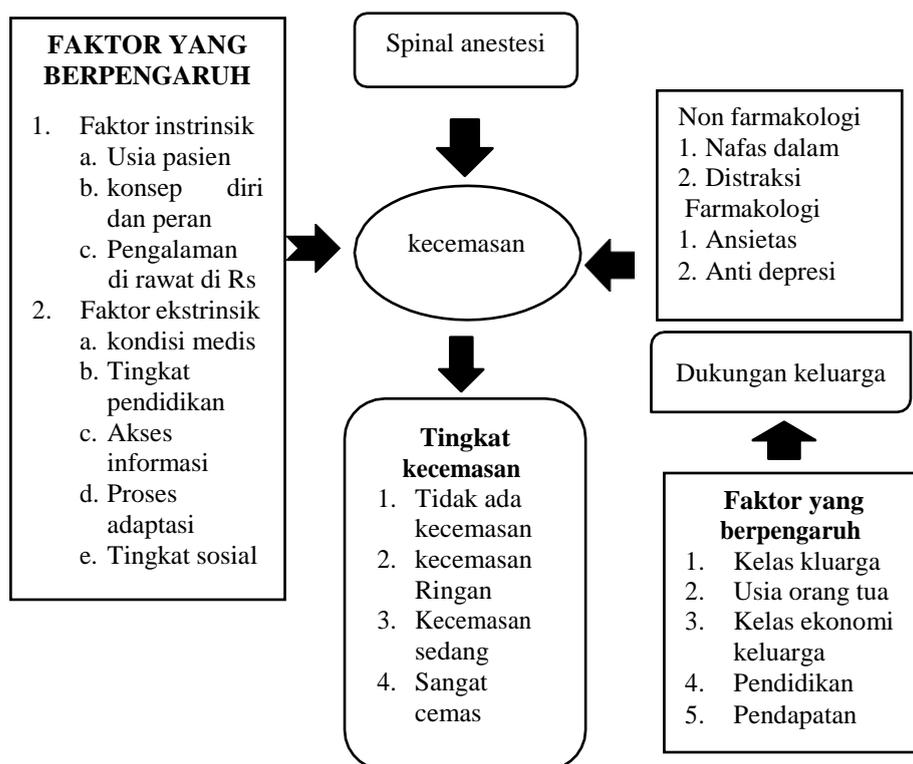
1) Alat ukur (*Blue Print*)

Menurut Arikunto (2011), 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. 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 alternative. Jawaban yaitu :

- 1= tidak pernah
- 2=kadang kadang
- 3=sering
- 4=selalu

## B. Kerangka Teori

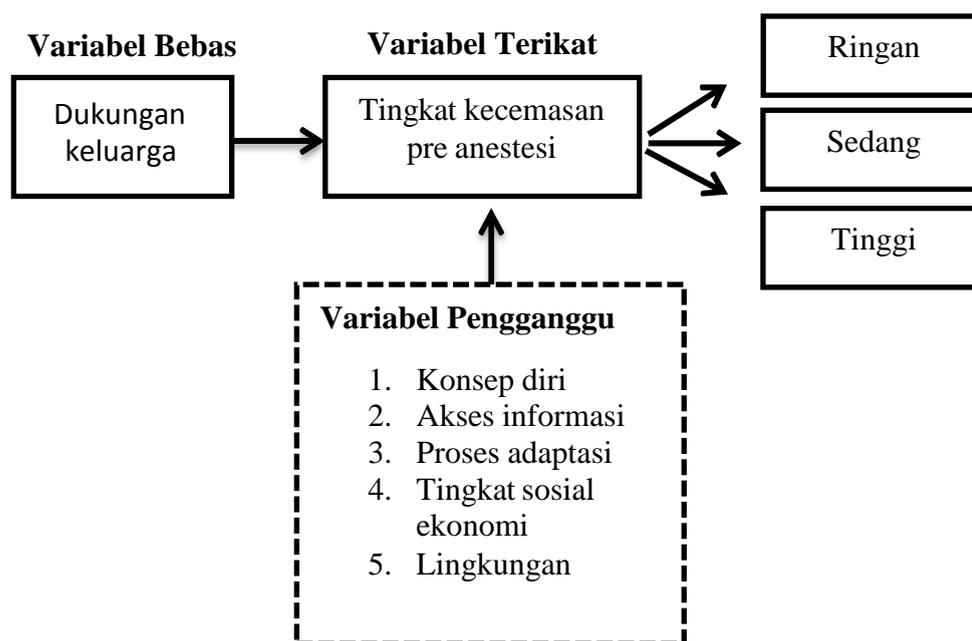


**Gambar 2.2**  
Kerangka Teori

Sumber : Morgan (2007), Herdman (2010), Stuart, Gail. W (2007), Stuart (2007)

### C. Kerangka Konsep

Kerangka konseptual merupakan jalan pemikiran berdasarkan alur logika berpikir untuk pemecahan masalah penelitian, berisi tentang langkah-langkah atau kerangka pemecahan masalah yang harus dilakukan dalam penelitian. Sebelum menyusun kerangka konseptual, perlu dijelaskan terlebih dahulu tentang kerangka proses berpikir. Tujuan penyusunan kerangka proses berpikir ialah memberikan tuntunan berpikir secara deduktif melalui studi teoritis, serta memberikan tuntunan berpikir secara induktif melalui studi empiris (Agung, W. K., & Zarah, P. 2016). Berdasarkan tinjauan di atas, penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut:



**Gambar 2.3**  
Kerangka Konsep

### D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian pada dasarnya merupakan jawaban sementara atas rumusan masalah yang telah ditetapkan yang perlu diuji kebenarannya melalui uji statistik. Hipotesis diajukan berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian, tinjauan pustaka, kerangka proses berpikir, serta kerangka konseptual yang telah ditetapkan (Agung, W. K., & Zarah, P. 2016).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha: Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien pre spinal anestesi di ruang bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek provinsi Lampung tahun 2022.

Ho: Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien pre spinal anestesi di ruang bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek provinsi Lampung tahun 2022.