

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### **A. Intensive Care Unit (ICU)**

*Intensive Care Unit (ICU)* adalah bagian rumah sakit yang dilengkapi dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa yang diharapkan masih dapat *reversible*. Umumnya pasien yang dirawat di ICU berada dalam keadaan tertentu, misalnya pasien dengan penyakit kritis yang menderita kegagalan satu atau lebih dari sistem organnya (Rab, 2007).

Pasien yang dirawat di ICU adalah pasien yang kondisinya kritis sehingga memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi, berkelanjutan, dan memerlukan pemantauan secara terus menerus. Pasien ICU tidak hanya memerlukan perawatan dari segi fisik tetapi memerlukan perawatan secara holistik. Kondisi pasien yang dirawat di ICU yaitu (Rab, 2007);

1. Pasien sakit berat, pasien tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti bantuan ventilator, pemberian obat vasoaktif melalui infus secara terus menerus, seperti pasien dengan gagal napas berat, pasien pasca bedah jantung terbuka, dan syok septik.
2. Pasien yang memerlukan bantuan pemantauan intensif sehingga komplikasi berat dapat dihindari atau dikurangi seperti pasien pasca bedah besar. Pasien yang memerlukan terapi intensif untuk mengatasi komplikasi-komplikasi akut dari penyakitnya seperti pasien dengan tumor ganas dengan komplikasi infeksi dan penyakit jantung, sumbatan jalan napas. dan luas, pasien dengan penyakit jantung, paru, dan ginjal.

Klasifikasi pasien yang membutuhkan perawatan kritis menurut *Departement of Health* Inggris terdapat empat tingkatan yaitu (Rab, 2007);

1. Tingkat Nol, yaitu pasien yang kebutuhannya dapat terpenuhi dengan perawatan dalam ruang perawatan normal di rumah sakit yang menangani kondisi akut.
2. Tingkat Satu, yaitu pasien yang memiliki resiko mengalami kondisi yang memburuk atau pasien yang baru dipindahkan dari tingkat perawatan yang lebih tinggi yang kebutuhannya dapat terpenuhi pada ruang perawatan akut dengan saran dan bantuan tambahan dari tim perawatan kritis.
3. Tingkat Kedua, yaitu pasien yang membutuhkan observasi atau intervensi yang lebih detail termasuk bantuan untuk kegagalan satu sistem atau perawatan pasca operasi, dan pasien yang turun dari tingkat perawatan yang lebih tinggi.
4. Tingkat Ketiga, yaitu pasien yang membutuhkan bantuan pernafasan lanjut saja atau bantuan pernafasan dasar dengan bantuan setidaknya pada dua sistem organ. Tingkat ini meliputi semua pasien kompleks yang membutuhkan bantuan untuk kegagalan multi organ.

## **B. Operasi Jantung**

### **1. Pengertian**

Operasi jantung merupakan suatu tindakan untuk mengatasi gangguan pada jantung, ketika terapi medikamentosa dan terapi suportif tidak dapat mengatasi lagi. Operasi jantung digunakan untuk menangani penyakit jantung bawaan dan penyakit jantung didapat. Operasi jantung bawaan dilakukan pada usia anak kurang dari 1 tahun. Operasi jantung yang paling banyak untuk orang dewasa adalah *Coronary Artery Bypass Graft* (CABG). Pasien menjalani operasi CABG biasanya disebabkan penyakit jantung koroner. Rerata usia pasien laki-laki yang menjalani operasi CABG diatas 40 tahun, sedangkan rerata usia pasien wanita diatas 50 tahun. Dokter menggunakan operasi jantung untuk memperbaiki, mengganti, menanam, mengobati dan mengontrol penyakit jantung (Nissinen, 2013).

## 2. Jenis Operasi Jantung

### a. Operasi Penyakit Jantung Bawaan (PJB)

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) dibagi menjadi 2 bagian, yaitu

lesi obstruktif, PJB nonsianotik dan PJB sianotik (Nissinen, 2013) :

#### 1) Lesi obstruktif

##### a) Stenosis katup pulmonalis

Penyempitan katup pulmonal menyebabkan terjadinya bendungan, peninggian tekanan, dan hipertrofi ventrikel kanan disertai gagal jantung kanan. Secara klinis, terdengar bising sistolik yang tajam dan keras pada daerah intercostalis II dextra. Tindakan bedah harus dilakukan segera pada usia dini (terutama bila terjadi gagal jantung akut), yaitu melebarkan pembuluh menggunakan lanset dengan cara *valvulotomi Brock*. Tindakan ini disebut juga *komisurotomi*. Hasil yang sama dapat dicapai dengan dilatasi kateter balon. Hasil pembedahan tergantung pada besarnya lebar katup yang telah dilakukan, keadaan umum, dan keadaan paru prabedah.

##### b) Stenosis katup aorta

Adanya penyempitan isthmus aorta pada aorta desendens. Kelainan ini dapat ditangani tanpa bedah terbuka. Stenosis aorta dapat menyebabkan tekanan darah yang tinggi pada kepala, leher, ekstermitas atas, dan tekanan darah yang rendah pada tubuh dan ekstermitas bawah. Gejala dan tanda terlihat beberapa hari setelah bayi lahir. Gejala stenosis aorta tergantung pada derajat stenosis katup. Kebanyakan orang dengan stenosis aorta pada derajat ringan sampai sedang tidak menunjukkan gejala. Tiga gejala yang sering timbul pada stenosis aorta adalah sinkop, nyeri dada angina dan dispnea atau gejala lain dari gagal jantung seperti ortopnea, dispnea exertional, paroksismal nokturnal dispnea, atau edema (New York State Department of Health, 2011)

Tindakan bedah yang sering dilakukan adalah penggantian katup aorta (*aortic valve replacement*) dan *valvuloplasti*. Penggantian katup aorta dapat menyebabkan resiko penggumpalan darah pada katup atau daerah yang dekat dengan katup. Untuk mengatasinya pasien harus mengkonsumsi obat anti koagulan seperti warfarin untuk mencegah penggumpalan darah. *Valvuloplasti* merupakan cara bedah jantung pada katup aorta untuk memisahkan daun katup yang menyatu dan meningkatkan kembali aliran darah yang melewati katup atau dengan cara memperbaiki katup yaitu menghilangkan kalsium berlebih yang terdapat pada daerah sekitar katup (Nissinen, 2013).

2) Penyakit jantung bawaan nonsianotik

a) *Atrium Septal Defect (ASD)*

Adanya kebocoran septum yang menghubungkan atrium kanan dengan atrium kiri karena kegagalan pembentukan septum. Defek dapat berupa defek sinus venosus di dekat muara vena kava superior, foramen ovale terbuka; defek septum sekundum, yaitu kegagalan pembentukan septum sekundum (ASD II); defek septum primum, yaitu kegagalan penutupan septum primum (Nissinen, 2013).

Gejala klinis yang paling umum tampak pada ASD adalah anak mudah lelah saat bermain, berkeringat, nafas cepat, sesak nafas, pertumbuhan buruk, dan sering infeksi saluran nafas. Tetapi, pada sebagian anak tidak muncul gejala. Pada pemeriksaan EKG terdapat hipertrofi ventrikel kanan dan foto polos dada jantung tampak membesar (New York State Department of Health, 2011).

Tindakan bedah untuk pasien ASD berupa penutupan dengan menjahit langsung ASD dengan jahitan jelujur atau menambal defek menggunakan dakron. Metode terbaru

untuk ASD II, ditutup dengan metode kateterisasi transkutan.

b) *Ventrikel Septal Deffect (VSD)*

*Ventricle septal defect* dapat berupa defek di atas atau di bawah krista supraventrikularis, di daerah katup trikuspidal, atau di daerah septum muskulorum. Arah pintasan VSD dari kanan ke kiri. Gejala klinis VSD yang sering tampak pada bayi yaitu, cepat lelah, sesak nafas, berkeringat, nafas cepat, nafsu makan berkurang karena cepat lelah saat makan, dan berat badan menurun. Pembedahan untuk menutup VSD harus dilakukan segera setelah diagnosis ditegakkan, umumnya dilakukan penambalan dengan potongan dakron (Nissinen, 2013).

c) *Patent Ductus Arteriosus (PDA)*

*Patent ductus arteriosus* adalah duktus arteriosus Botalli yang gagal menutup secara spontan setelah bayi lahir. Duktus arteriosus Botalli pada masa janin menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta. Pada janin, ventrikel kanan berisi darah yang kaya oksigen mengalir menuju arteri pulmonalis kemudian sebagian besar dialirkan melalui duktus arteriosus Botalli ke aorta, hanya sebagian yang mengalir ke paru-paru. Napas spontan dan tangisan bayi, mengakibatkan tekanan oksigen dalam darah meningkat, menyebabkan duktus menutup, disebut penutupan fisiologis (Kuswiyanto, 2011).

Tanda dan gejala PDA tergantung pada ukuran duktus, tahanan vaskular pulmonalis, usia saat presentasi dan anomali penyerta. Pada PDA ukuran besar akan berdampak saat masa bayi dengan payah jantung kongestif. Tanda yang terjadi pada pasien PDA adalah bayi rewel, takikardi disertai takipneu dan sulit makan. Tekanan darah sistolik biasanya normal, diastolik sering kali hipotensi karena pintas kiri ke kanan besar. Foto polos dada memperlihatkan

kardiomegali dan pemeriksaan EKG memperlihatkan hipertrofi ventrikel kiri (Kuswiyanto, 2011).

Tindakan bedah kasus PDA dilakukan pada pasien simtomatis, tindakan bedah yang dilakukan adalah meligasi pembuluh pintas yang terbuka. Tindakan ini harus dilakukan sedini mungkin. Terutama pada bayi lahir prematur dengan duktus Botalli terbuka dan menunjukkan tanda-tanda gagal jantung. Pada pasien asimtomatik dapat ditunda namun tindakan bedah harus sudah dilakukan sebelum usia sekolah. Tindakan bedah tidak dilakukan apabila sudah terjadi aliran balik darah di pintasan, yaitu dari kanan ke kiri dan terjadi sindrom Eisenmenger pada paru (Nissinen, 2013).

d) *Atrioventricular Septal Defect (AVSD)*

Kelainan jantung yang ditandai dengan tingkat pertumbuhan bagian inferior septum atrium yang tidak sempurna, bagian inflow septum ventrikel, dan katup atrioventrikular. Kelainan ini jarang terjadi. AVSD dibagi menjadi parsial, intermediet, dan komplit. Tanda dan gejala AVSD adalah gagal jantung kongestif yang muncul 1 sampai 2 bulan awal kelahiran, pertumbuhan terhambat, pertumbuhan gerak motorik terhambat, jantung murmur, nafas cepat, dan sianosis terlihat terutama ketika bayi menangis. Pemeriksaan foto thoraks ada pembesaran jantung dan kadar oksigen dalam darah rendah. Diagnosis pasti diperoleh dari pemeriksaan ekokardiografi (Nissinen, 2013)

3) Penyakit jantung bawaan sianotik

a) *Tetralogi of Fallot (TOF)*

*Tetralogi of Fallot* pertama kali disampaikan oleh dr. Etienne Fallot tahun 1888. TOF adalah kelainan yang disebabkan oleh pemisahan konus yang tidak merata, karena pergeseran letak sekat trunkus dan konus ke depan.

Pergeseran sekat menyebabkan adanya sindrom yang terdiri dari 4 kelainan, yaitu defek septum ventrikel, stenosis pulmonal, *overriding aorta*, dan hipertrofi ventrikel kanan. Pada bayi yang sangat biru dengan stenosis pulmonalis yang sangat berat memerlukan operasi paliatif yaitu *Blalock-Taussig shunt (BT-shunt)* atau memodifikasinya yaitu membuat pirau buatan dari arteri subclavia ke arteri pulmonalis. Pencegahan yang harus dilakukan adalah mencegah anemia, mempertahankan kadar Hb 16-19 g/dl dan Ht 50-60 vol% dengan cara memenuhi kecukupan asupan zat besi dari makanan dan terapi Fe (Kuswiyanto, 2011).

b) *Transposition of Great Artery (TGA)*

Kelainan aorta yang muncul dari ventrikel kanan dan arteri pulmonalis muncul dari ventrikel kiri karena katup septum kono-trunkus pada janin gagal mengikuti perjalanan spiral yang normal dan turun langsung ke bawah. Pertolongan pertama yang dilakukan adalah membuat defek pada sekat atrium (*septostomi atrium*) dengan menggunakan balon sehingga sekat atrium robek. Tindakan bedah selanjutnya dilakukan pada usia 2 minggu – 3 bulan. Pilihan terbaik untuk kasus TGA sederhana dengan ASD baik neonatal atau anak yang lebih besar adalah operasi Senning atau arterial switch. Pada sebagian pasien dengan kelainan penyerta harus dikoreksi bersamaan dengan arterial switch, sebagian pasien lainnya yang tidak dapat dilakukan metode tersebut harus menggunakan strategi lain (Clough, 2002)

Setelah tindakan bedah dilakukan, pasien PJB dirawat di ruang ICU selama 1-3 hari. Selama beberapa jam pertama kesadaran pasien kurang akibat obat anestesi yang diberikan saat pembedahan. Pasien PJB paska bedah akan mendapatkan perawatan intensif di ICU berupa (Kuswiyanto, 2011) :

1. Ventilator: mesin yang digunakan untuk membantu pasien bernafas ketika efek obat anestesi paska bedah masih bekerja.
2. Kateter intravena: alat berupa selang plastik yang dimasukkan pada kulit pasien dan dihubungkan pada pembuluh darah vena untuk membantu memberikan cairan dan obat-obatan pada pasien selama perawatan.
3. Arterial line: alat yang umumnya dipasang pada pergelangan tangan pasien, dan digunakan untuk mengukur tekanan darah secara terus menerus selama pasien perawatan ICU.
4. Nasogastric tube: selang plastik yang digunakan untuk mengeluarkan isi lambung dan memasukkan nutrisi cair serta obat-obatan, dipasang melalui hidung sampai lambung.
5. Kateter urin: selang plastik yang digunakan untuk mengeluarkan urin pasien, serta membantu mengukur kerja jantung, karena setelah pasien melakukan operasi jantung akan melemah dan menyerap banyak cairan yang memungkinkan terjadinya pembengkakan jantung.
6. *Chest tube*: tabung drainase pada dada yang digunakan untuk mengeluarkan darah yang menumpuk setelah penutupan pembedahan.
7. *Heart monitor*: alat yang digunakan untuk memantau keadaan jantung, gambaran irama jantung, tekanan arteri, tekanan nadi, dan nilai - nilai lainnya.

Setelah dirawat di ICU, pasien dibawa ke ruang pemulihan dalam beberapa hari. Pasien dan keluarga pasien diajarkan cara merawat luka pasca bedah, dan pasien diperbolehkan kembali ke rumah.

b. *Coronary Artery Bypass Graft (CABG)*

*Coronary Artery Bypass Graft (CABG)* merupakan salah satu penanganan intervensi dari Penyakit Jantung Koroner (PJK), dengan cara membuat saluran baru melewati arteri koroner yang mengalami penyempitan atau penyumbatan. Terdapat beberapa indikasi untuk dilakukan CABG antara lain *asymptomatic/mild angina* dengan ditemukannya sumbatan pada *left main, triple vessel disease; stable*



*angina; unstable/non-ST elevation MI; ST elevation MI; fungsi ventrikel kiri yang buruk; aritmia ventrikel yang mengancam jiwa; Percutaneous Coronary Intervention (PCI) gagal dan riwayat CABG sebelumnya. Teknik ini dilakukan dengan menggunakan pembuluh darah dari bagian tubuh lain untuk pintasan arteri yang menghalangi pasokan darah ke jantung. Pembuluh darah yang sering digunakan adalah arteri mamaria interna, arteri radialis, dan vena safena magna (Welsby, 2002).*

Ada 2 teknik yang digunakan pada operasi CABG yaitu tindakan CABG yang menggunakan mesin *Cardio Pulmonary Bypass* (CPB) sering disebut *On-Pump Coronary Artery Bypass* atau tanpa menggunakan mesin CPB yang sering disebut *Off-Pump Coronary Artery Bypass* (OPCAB) (Welsby, 2002)

Ada beberapa parameter dalam memilih tehnik operasi off-pump atau on-pump antara lain yaitu, status hemodinamik harus stabil, karena status hemodinamik yang tidak stabil, memerlukan pemberian obat, dan apabila pemberian obat tidak memberikan hasil yang baik, maka menggunakan tehnik operasi on-pump lebih dipilih. Kemudian evaluasi pembuluh darah yang akan dioperasi, karena pada pasien obesitas dengan lapisan lemak epikardium yang tebal atau pembuluh darah target yang terlalu dalam di lapisan miokardium atau pembuluh darah yang terlalu kecil. Keadaan ini akan mempersulit penggunaan tehnik operasi off-pump.

Komplikasi yang mungkin terjadi segera setelah operasi maupun dalam waktu yang lebih lama antara lain (Lobato, 2008):

- 1) Komplikasi kardiovaskuler meliputi disritmia, penurunan curah jantung dan hipotensi persisten.
- 2) Komplikasi hematologi meliputi perdarahan dan pembekuan.
- 3) Komplikasi ginjal dapat terjadi gagal ginjal ketika terjadi penurunan curah jantung.
- 4) Komplikasi paru termasuk atelektasis, pneumoni, edem pulmo, hemothorax/pneumothorax.
- 5) Komplikasi neurologi dapat muncul sangat jelas termasuk stroke dan encephalopathy, delirium, cerebrovascular accident.

- 6) Disfungsi gastrointestinal seperti stress ulcer, ileus paralitik.
- 7) Rapid Restenosis Graft (dalam waktu 6 bulan) atau vena graft colap.

Hal yang sangat penting pada tindakan CABG adalah penanganan kondisi pasien pascabedah. Setelah operasi, pasien biasanya ditempatkan pada ruang ICU agar dapat dipantau dengan ketat fungsi jantung dan tanda-tanda vitalnya selama 1-2 hari. Hampir 25% pasien dapat mengalami gangguan ritme jantung dalam 3 atau 4 hari setelah operasi bypass jantung. Hal ini diakibatkan oleh trauma operasi pada jantung. Sebagian besar gangguan ritme ini dapat respon baik dengan terapi obat-obatan yang dapat mencapai satu bulan. Sekitar 5% pasien membutuhkan perhatian ketat dalam 24 jam karena risiko perdarahan setelah operasi. Ketika pemantauan ketat tidak diperlukan lagi, biasanya dalam waktu 2-4 hari setelah operasi, pasien dipindahkan ke unit perawatan transisi. Rata-rata waktu rawat inap pasien yang menjalani operasi bypass jantung sekitar 3-8 hari. Jahitan dilepaskan dari dada atau dari tungkai bawah (jika menggunakan vena saphena) sekitar 7-10 hari setelah keluar dari rumah sakit. Pasien dapat sembuh total sekitar 4-6 minggu. Pasien dapat kembali bekerja sekitar 1-2 bulan setelah operasi (Lobato, 2008).

Usia berkaitan erat dengan hasil rawat ICU. Kejadian infeksi saat masuk ICU secara signifikan meningkat sebanding dengan umur. Pasien operasi CABG rata rata dilakukan oleh pasien usia tua. Hal ini mempengaruhi lama rawat ICU pasca operasi, karena pasien usia tua memiliki cadangan fisiologis yang lebih rendah daripada usia muda (Welsby, 2002).

### **C. Ansietas**

#### **1. Pengertian**

Ansietas adalah perasaan was-was, khawatir, atau tidak nyaman seakan-akan akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman. Ansietas berbeda dengan rasa takut. Takut merupakan penilaian

intelektual terhadap suatu yang berbahaya, sedangkan ansietas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut (Keliat, 2012). Ansietas merupakan pengalaman emosi dan subjektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga orang merasakan suatu perasaan was-was (khawatir) seolah-olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (Stuart dan Laraia, 1998) dalam buku Pieter, dkk, 2011. Sedangkan menurut Riyadi dan Purwanto (2010), ansietas adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai gejala fisiologis, sedangkan pada gangguan ansietas terkandung unsur penderitaan yang bermakna dan gangguan fungsi yang disebabkan oleh kecemasan tersebut. Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Rochman, 2010).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa ansietas adalah respon seseorang berupa rasa khawatir, was-was dan tidak nyaman dalam menghadapi suatu hal tanpa objek yang jelas.

## 2. Tingkatan Ansietas

### a. Ansietas ringan

Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan peristiwa kehidupan sehari-hari. Lapang persepsi melebar dan orang akan bersikap hati-hati dan waspada. Orang yang mengalami ansietas ringan akan terdorong untuk menghasilkan kreativitas. Respon fisiologis orang yang mengalami ansietas ringan adalah sesekali mengalami napas pendek, naiknya tekanan darah dan 10 nadi, muka berkerut, bibir bergetar, dan mengalami gejala pada lambung. Respon-respon kognitif orang yang mengalami ansietas ringan adalah lapang persepsi yang melebar, dapat menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan dapat menjelaskan

masalah secara efektif. Adapun respons perilaku dan emosi dari orang yang mengalami ansietas adalah tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

b. Ansietas Sedang

Pada ansietas sedang tingkat lapang persepsi pada lingkungan menurun dan memfokuskan diri pada hal-hal penting saat itu juga dan menyampingkan hal-hal lain. Respon-respon fisiologis dari orang yang mengalami ansietas sedang adalah sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare, konstipasi dan gelisah. Respon kognitif orang yang mengalami ansietas sedang adalah lapang persepsi yang menyempit, rangsangan luar sulit diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian. Adapun respons perilaku dan emosi adalah gerakan yang tersentak-sentak, meremas tangan, sulit tidur, dan perasaan tidak aman.

c. Ansietas Berat

Pada ansietas berat lapang persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal-hal kecil dan mengabaikan hal-hal lain. Individu sulit berpikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respon-respon fisiologis ansietas berat adalah napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, banyak berkeringat, rasa sakit kepala, penglihatan kabur, dan mengalami ketegangan. Respon kognitif pada orang yang mengalami ansietas berat adalah lapang persepsi sangat sempit dan tidak mampu untuk menyelesaikan masalah. Adapun respon perilaku dan emosinya terlihat dari perasaan tidak aman, verbalisasi yang cepat, dan blocking.

3. Faktor Penyebab Kecemasan

a. Faktor Predisposisi

Stressor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang yang dapat menimbulkan kecemasan (Suliswati, 2005).

Ketegangan dalam kehidupan tersebut dapat berupa :

- 1) Peristiwa traumatik, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.

- 2) Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan yang menimbulkan kecemasan pada individu.
- 3) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- 4) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
- 5) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- 6) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
- 7) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasan.
- 8) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter gama amino butyric acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

b. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi adalah ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Stressor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi 2 yaitu (Suliswati, 2005) :

- 1) Faktor Eksternal
  - a.) Ancaman integritas diri; meliputi ketidakmampuan fisiologis gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik/pembedahan yang dilakukan)
  - b.) Ancaman sistem diri; meliputi ancaman identitas diri, harga diri, dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status/peran.







## 2)Faktor Internal

- a.) Usia; seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.
- b.) Jenis kelamin; gangguan seperti panic adalah tanda dari suatu kecemasan yang terjadi secara spontan, biasanya lebih sering dialami oleh wanita dibandingkan dengan pria.
- c.) Pendidikan; pendidikan akan sangat mempengaruhi kecemasan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, akan lebih mudah dalam menerima suatu keadaan tetapi hal yang sebaliknya juga dapat terjadi.
- d.) Ekonomi; seseorang dengan ekonomi yang baik akan cenderung lebih dapat mengendalikan rasa cemas dibandingkan seseorang dengan ekonomi yang kurang.
- e.) Spiritual; seseorang yang dapat memenuhi kebutuhan spiritual dengan baik akan lebih tenang dibandingkan seseorang dengan kebutuhan spiritual kurang.

#### 4. *Visual Facial Anxiety Scale (VFAS)*

Kecemasan dapat diukur dengan berbagai macam alat diantaranya *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, *Numeric Verbal Rating Scale (NVRS)*, *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, *Visual Facial Anxiety Scale (VFAS)* dan masih banyak alat ukur kecemasan yang lain. Alat ukur kecemasan tersebut merupakan alat ukur yang sudah baku dan sudah valid serta memiliki reliabilitas yang tinggi, salah satunya adalah VFAS.

*Visual Facial Anxiety Scale (VFAS)* adalah bentuk baru dari *Numeric Verbal Rating Scale*, dimana NVRS yang awalnya menggunakan angka 0 sampai dengan 11 untuk mengukur kecemasan dimodifikasi kedalam enam ekspresi wajah yang berbeda untuk menggambarkan kecemasan yang dialami pasien. VFAS digunakan dalam mengukur kecemasan akut pada pasien post operasi karena penggunaannya yang mudah. VFAS terdiri dari 6 level kecemasan dengan 6 ekspresi wajah yang berbeda. Alat tersebut juga dapat digunakan disegala usia (Cao et al, 2017).

Anxiety Level	None	Mild	Mild-Moderate	Moderate	Moderate-High	Highest
Faces						

Gambar 2.1. *Visual Facial Anxiety Scale (VFAS)* (Cao et al, 2017)

Kecemasan dijelaskan dengan enam ekspresi wajah yang berbeda-beda dengan kriteria *mild*, *mild to moderate*, *moderate*, *moderate to high*, *highest*. Penggunaan VFAS sendiri adalah petugas kesehatan menanyakan langsung kepada klien dengan menunjukkan *tool* VFAS, sementara klien akan memilih salah satu dari ke enam ekspresi wajah yang paling sesuai/menggambarkan kondisi kecemasannya saat ini. (Cao et al, 2017)

#### D. Dukungan Sosial Keluarga

##### 1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2008). Keluarga adalah unit terkecil yang dijadikan tempat pertumbuhan dan perkembangan individu dalam memberikan dukungan sosial bagi semua anggota keluarga. Dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan suatu sistem yang terdiri dari anggota keluarga yang saling berinteraksi dan mempunyai peran sosial tertentu, serta terikat oleh hubungan darah dan perkawinan untuk mencapai tujuan bersama (Efendi, 2009).

##### 2. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Keluarga menurut tugas dan fungsinya dalam bidang kesehatan dibagi kedalam 5 hal yang harus dilakukan, diantaranya (Friedman, 2008):

- a) Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

- c) Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

- e) Memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga



Pengetahuan keluarga dalam kesehatan akan membantu dalam upaya manajemen lingkungan rumah seperti pencahayaan, sanitasi serta kebersamaan dalam meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan.

3. Definisi Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial adalah suatu hubungan interpersonal dimana individu memberikan bantuan kepada individu yang lain (Tarsono, 2002). Bantuan tersebut bisa berupa partisipasi, emansipasi, motivasi, penyediaan informasi dan penghargaan atau penilaian terhadap individu (Zainurrofiqoh, 2000). Dukungan sosial bisa disebut dengan suatu bentuk transaksi antar pribadi yang melibatkan : (1) perhatian emosional, (2) bantuan instrumental, (3) pemberian informasi, (4) adanya penilaian (Cavanaugh, 2006). Dukungan sosial didapatkan individu salah satunya berasal dari keluarga. Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami, istri atau dukungan dari saudara kandung dan dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2008)

4. Jenis Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial keluarga dapat diklasifikasikan menjadi 4 jenis yaitu (Ali, 2010):

- a) Dukungan emosional; dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap individu, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

- b) Dukungan penghargaan; dukungan ini melibatkan ekspresi yang berupa pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain.
  - c) Dukungan instrumental; bentuk dukungan ini melibatkan bantuan langsung, misalnya yang berupa bantuan finansial atau bantuan dalam mengerjakan tugas-tugas tertentu.
  - d) Dukungan informasi; dukungan yang bersifat informasi ini dapat berupa saran, pengarahan dan umpan balik tentang bagaimana cara memecahkan persoalan.
5. Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga
- Dukungan sosial keluarga dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu. Ada dua model dukungan sosial yang mempengaruhi yaitu (Sarafino, 2006):
- 1) *Buffering Hypothesis* adalah dukungan sosial yang mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu dengan melindunginya dari efek negatif yang timbul dari tekanan-tekanan yang dialaminya dan pada kondisi yang tekanannya lemah atau kecil, dukungan sosial tidak bermanfaat. Melalui model ini, dukungan sosial bekerja dengan tujuan untuk memperkecil pengaruh dari tekanan-tekanan atau stres yang dialami individu, dengan kata lain jika tidak ada tekanan atau stres, maka dukungan sosial tidak berguna.
  - 2) *Main Effect Hypothesis / Direct Effect Hypothesis* adalah dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu dengan adanya ataupun tanpa tekanan, dengan kata lain seseorang yang menerima dukungan sosial dengan atau tanpa adanya tekanan ataupun stres akan cenderung lebih sehat. Dukungan sosial memberikan manfaat yang sama baiknya dalam kondisi yang penuh tekanan maupun yang tidak ada tekanan.

**E. Kerangka Teori**



Gambar 2.2. Kerangka Teori

(Friedman, 2008; Rab, 2007; Suliswati, 2005; Nissinen, 2013)

**F. Kerangka Konsep**



**G. Hipotesis**

Bagaimanakah hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan ansietas pasien dewasa yang menjalani bedah jantung?

