

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Benigna Prostat Hiperplasia

2.1.1 Pengertian Benign prostatic hyperplasia

Benign prostatic hyperplasia (BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. Prostat adalah kelenjar yang berlepis kapsula dengan berat kira-kira 20 gram, berada disekeliling uretra dan dibawah leher kandung kemih pada pria (Suharyanto dan Madjid, 2013).

Benign prostatic hyperplasia (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan karena hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar/ jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan uretra *pars* prostatika (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2012).

Benign prostatic hyperplasia (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra *pars* prostatika (Muttaqin, 2008).

2.1.2 Etiologi Benign prostatic hyperplasia

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) penyebab dari *Benign prostatic hyperplasia* antara lain:

Penyebab yang pasti dari terjadinya *benign prostatic hyperplasia* sampai sekarang belum diketahui secara pasti, tetapi hanya 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya *benign prostatic hyperplasia* yaitu testis dan usia lanjut. Karena etiologi belum pasti maka melahirkan hipotesa yang diduga timbulnya benigna prostat hiperplasia antara lain:

2.1.2.1 Hipotesis dehidrotestosteron (DHT)

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen akan menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

2.1.2.2 Ketidakseimbangan estrogen – testosteron

Dengan meningkatnya usia pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testosteron sedangkan estradiol tetap, yang dapat menyebabkan hiperplasia stroma.

2.1.2.3 Interaksi stroma-epitel

Peningkatan epidermal *growth* faktor atau *fibroblas growth* faktor penurunan *trans forming growth* faktor beta menyebabkan hiperplasia stroma dan epitel.

2.1.2.4 Penurunan sel yang mati

Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.

2.1.2.5 Teori *stem cell*

Sel stem yang meningkat mengakibatkan proliferasi sel transit.

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) mengatakan berdasarkan hasil riset di China menunjukkan bahwa laki-laki daerah pedesaan sangat rendah terkena BPH dibanding laki-laki yang hidup di daerah perkotaan. Hal ini terkait orang barat berisiko lebih tinggi terkena gejala BPH dibandingkan dengan laki-laki yang bergaya hidup tradisional atau pedesaan.

2.1.3 Gejala Klinis *Benign Prostatic Hyperplasia*

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) gejala klinis *Benign Prostatic Hyperplasia* antara lain:

2.1.3.1 Gejala obstruktif

- a. Hesitansi yaitu memulai kencing yang lambat dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karena otot

destrussor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.

- b. *Intermitency* yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
- c. Terminal *dribbling* yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
- d. Pancaran lemah: kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
- e. Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

2.1.3.2 Gejala iritasi

- a. *Urgency* yaitu perasaan ingin buang air kecil ditahan.
- b. Frekuensi yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (*Nocturia*) dan pada siang hari.
- c. Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) manifestasi klinis klien dengan BPH adalah:

- a. Poliuria (orang sering buang air kemih), karena kandung kemih hanya mampu mengeluarkan sedikit air kemih.
- b. Aliran air kemih menjadi terhambat karena terjadi penyempitan uretra.
- c. Hemturia (air kemih mengandung darah), akibat kongesti basis kandung kemih.
- d. Retensi urien.

- e. Hidronefritis dan kegagalan ginjal terjadi akibat tekanan balik melewati ureter ke ginjal.

2.1.4 Derajat *Benign Prostatic hyperplasia*

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) derajat BPH antara lain:

2.1.4.1 Derajat satu, keluhan prostatisme ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urine kurang 50 cc, pancaran lemah, nocturia, berat \pm 20 gram.

2.1.4.2 Derajat dua, keluhan miksi terasa panas, sakit, disuria, nocturia bertambah berat, panas badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100 cc dan beratnya \pm 20-40 gram.

2.1.4.3 Derajat tiga, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tak teraba, sisa urine lebih 100 cc, penonjolan prostat 3-4 cm, dan beratnya 40 gram.

2.1.4.4 Derajat empat, inkontinensia, prostat lebih menonjol dari 4 cm, ada penyulit ke ginjal, *hydronephrosis*.

2.1.5 Patofisiologi *Benign prostatic hyperplasia*

Menurut Muttaqin (2008) Patofisiologi *benign prostatic hyperplasia* adalah:

Sejalan dengan pertambahan umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (*bladder*), didalam mempersempit saluran uretra *prostatica* dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tahanan uretra prostatika, maka otot destrusor dan kandung kemih berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompakan urine keluar. Kontraksi yang terus-menerus menyebabkan perubahan anatomi dari kandung kemih bentuknya hipertropi otot destrusor, trabekulasi, terbentuknya sekula dan difermitas kandung kemih.

Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan ke seluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter. Tekanan pada kedua muara ureter ini dapat menimbulkan aliran balik urien dari buli-buli ke ureter atau terjadi *refluks* vesiko-ureter. Keadaan ini jika berlangsung terus akan mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis, bahkan akhirnya dapat jatuh ke dalam gagal ginjal.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik *Benign prostatic hyperplasia*

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) pemeriksaan diagnostis *benign prostatic hyperplasia* adalah:

2.1.6.1 Pemeriksaan rektum: yaitu melakukan palpasi pada prostat melalui rektum atau *rectal toucher*, untuk mengetahui pembesaran prostat.

2.1.6.2 Urinalisis: untuk mendeteksi adanya protein atau darah dalam air kemih, berat jenis dan osmolalitas, serta pemeriksaan mikroskopik air kemih.

2.1.6.3 Pemeriksaan laboratorium (darah): yaitu untuk mengetahui adanya peningkatan kadar *prostatespecific antigen* (PSA).

2.1.6.4 *Cystoscopy*: untuk melihat gambaran pembesaran prostat dan perubahan dinding kandung kemih.

2.1.6.5 *Transrectal untrasonography*: dilakukan untuk mengetahui dan adanya hidronefrosis.

2.1.6.6 *Intravenous pyelography* (IVP): untuk mengetahui struktur kaliks, pelvis dan ureter. Struktur ini akan mengalami distorsi bentuk apabila terdapat kista, lesi dan obstruksi.

2.1.7 Penatalaksanaan *Benign prostatic hyperplasia*

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) Penatalaksanaan *benign prostatic hyperplasia* adalah:

2.1.7.1 Perubahan gaya hidup

yaitu mengurangi minuman beralkohol dan yang mengandung kafein.

2.1.7.2 Pengobatan

- a. *Alpha blockers*, misalnya doxazosin, terazosin, alfuzosin, dan tamsulosin, dapat memperbaiki gejala-gejala BPH. *Alpha blockers* dapat merelaksasi otot pada prostat dan leher kandung kemih, dan menurunkan derajat hambatan aliran urine.
- b. 5 α -reductase inhibitors ketika digunakan bersama dengan *alpha blocker* dapat menurunkan progresifitas pembesaran prostat.

2.1.7.3 Keteterisasi (*stent Uretra*) *stent* digunakan sebagai *protesis indwelling* permanen yang ditempatkan dengan bantuan endoskopi atau bimbingan pencitraan. Untuk memasangnya, panjang uretra *pars* prostatika diukur dengan USG dan kemudian dipilih alat yang panjangnya sesuai, lalu alat tersebut dimasukkan dengan kateter pendorong dan bila letak sudah benar diuretra *pars* prostatika maka spiral tersebut dapat dilepas dari kateter pendorong. Pemasangan *stent* ini untuk mengatasi obstruksi infravesikal yang kurang invasif pada penderita yang belum memungkinkan untuk mendapatkan terapi yang lebih invasif.

2.1.7.4 Pemberian obat anti mikrobial berfungsi sebagai obat pembasmi mikroba khususnya mikroba yang merugikan manusia. Antibiotik adalah zat yang dihasilkan oleh suatu mikroba terutama fungi yang dapat menghambat jenis mikroba lain. Obat ini digunakan untuk membasmi mikroba penyebab infeksi pada manusia.

2.1.7.5 Pembedahan *Benign prostatic hyperplasia*

Prostatectomy adalah pembedahan dengan mengeluarkan seluruh atau sebagian dari kelenjar prostat. Abnormalitas prostat

seperti buah tumor atau apabila prostat membesar karena berbagai alasan dapat menghambat aliran urin.

Terdapat beberapa bentuk operasi pada prostat, diantaranya:

a. *Transurethral resection of prostate (TRUP)*

suatu alat *sistoscopy* dimasukkan melalui uretra ke prostat, dimana jaringan disekeliling di eksisi.

TURP adalah suatu pembedahan untuk menghilangkan obstruksi prostat dengan menggunakan *cystoscope* melalui uretra yang dilakukan pada BPH grade 1, dan hasilnya sempurna dengan tingkat keberhasilan 80-90%.

b. *Open prostatectomy*

Adalah suatu prosedur pembedahan dengan melakukan insisi pada kulit dan mengangkat adenoma prostat melalui kapsula prostat (*retropubic prostatectomy*) atau RPP, atau melalui kandung kemih (*suprapubic prostatectomy*) atau SPP. *Open prostatectomy* diindikasikan apabila masa prostat lebih dari 60 gram.

c. *Trans uretral laser of the prostate (TULP)* pengobatan

dengan tanpa perdarahan, waktu yang diperlukan untuk meleser prostat biasanya sekitar 2-4 menit untuk masing-masing lobus prostat (lobus lateralis kanan, kiri dan medula). Pada waktu ablasi akan ditemukan *pop corn effect* sehingga tampak melalui stetoskop terjadi ablasi dipermukaan prostat, sehingga uretra *pars* prostatika akan segera menjadi lebih lebar yang kemudian diikuti efek ablasi yang menyebabkan laser nekrosis lebih dalam 4-24 minggu sehingga hasil akhir nanti akan terjadi rongga dalam prostat menyerupai rongga yang terjadi sehabis TUR.

d. *Laparoscopy prostatectomy*

Suatu laparoscopi atau tempat insisi kecil dibuat di abdomen dan seluruh prostat dikeluarkan secara hati-hati

dimana saraf-saraf lebih mudah rusak dengan teknik *retropubic* atau *suprapubic*. *Laparoscopic prostatectomy* lebih menguntungkan dibandingkan dengan pembedahan radikal perineal *prostatectomy* atau *retropubic prostatectomy* dan lebih ekonomis dibandingkan teknik bantuan robot.

e. *Robotic-assisted prostatectomy*

Suatu pembedahan dengan bantuan robot. Tangan-tangan robot laparoscopi dikendalikan oleh seorang ahli bedah. Robot memberikan ahli bedah lebih banyak keterampilan daripada laparoscopi konvensional dengan menawarkan keuntungan-keuntungan yang lebih daripada *open prostatectomy*, diantaranya insisi lebih kecil, nyeri ringan, waktu penyembuhan lebih cepat, dan perawatan lebih pendek.

f. *Radical perineal prostatectomy*

Adalah suatu insisi dibuat pada perineum di tengah-tengah antara rectum dan skrotum, dan kemudian prostat dikeluarkan.

g. *Radical retropubic prostatectomy*

Adalah suatu insisi yang dibuat di abdomen bawah, dan kemudian prostat dikeluarkan (diangkat) melalui belakang tulang pubis (*retropubic*). *Radical prostatectomy* adalah salah satu tindakan kunci pada kanker prostat.

h. *Trans urethral microwave thermo therapy* (TUMT) jenis

pengobatan ini dilakukan dengan cara pemanasan prostat menggunakan gelombang mikro yang disalurkan ke kelenjar prostat melalui *transducer* yang diletakkan di uretra *pars* prostatika, yang diharapkan jaringan prostat menjadi lembek. Alat yang dipakai antara lain prostat.

- i. *Trans urethral needle ablation* (TUNA) pada teknik ini memakai energi dari frekuensi radio yang menimbulkan panas mencapai 100 derajat celcius, sehingga menyebabkan nekrosis jaringan prostat. Pasien yang menjalani TUNA sering kali mengeluh hematuri, disuria, dan kadang-kadang terjadi retensi urin.

2.2 Konsep Dasar Perioperatif

2.2.1 Pengertian Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif dan post operatif (Maryunani, 2014).

Keperawatan perioperatif adalah hasil dari perkembangan keperawatan kamar operasi. Fokus keperawatan perioperatif sekarang adalah pasien, bukan prosedur atau teknik (*patient-oriented*, bukan *task-oriented*). Pembedahan dibagi tiga fase yaitu praoperatif, intraoperatif dan pasca operatif (Baradero *et al*, 2009).

2.2.2 Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Menurut Maryunani (2014) tahapan peri-operatif antara lain:

2.2.2.1 Tahap pre-operatif

a. Pengertian

Perawatan preoperatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk diruangan terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan.

b. Ruang lingkup preoperasi

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan.

2.2.2.2 Tahap intra-operatif

a. Pengertian

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien ditransfer ke wilayah ruang pemulihan.

b. Ruang lingkup intraoperatif

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan *ivchath*, pemberian meditasi intravena, melakukan pemantauam fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh: memberikan dukungan fisiologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawatan *scrub*, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh.

2.2.2.3 Tahap post-operatif

a. Pengertian

Tahap post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan preoperatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima diruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau dirumah.

b. Ruang lingkup keperawatan post-operatif

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup tentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah.

2.2.3 Dampak Operasi Pasien Pre-Operatif

Menurut Maryunani (2014) Dampak operasi pre-operatif antara lain:

2.2.3.1 Respon fisiologis pada pasien pre-operatif

- a. Tubuh berespon secara fisiologis terhadap ancaman aktual maupun potensial, dalam hal ini menghadapi pembedahan diuraikan sebagai berikut:
 - 1) Hipotalmus mengendalikan respon neuro-hormonal.
 - 2) Denyut jantung meningkat, dan jantung berkontraksi lebih kuat.
 - 3) Volume darah didistribusikan kembali dengan cara vasokonstriksi pembuluh darah pada kulit, lambung *mesentery* dan ginjal.
 - 4) Peningkatan volume darah meningkat curah jantung (*cardiac-output*).
 - 5) Peningkatan aliran darah pada otot-otot tubuh menyebabkan otot menjadi tegang.
 - 6) Bronkus berdilatasi dan peningkatan denyut pernafasan meningkatkan oksigenisasi.
 - 7) Mekanisme yang memberikan energi meliputi peningkatan pelepasan glukosa dan penurunan produksi insulin.

b. Respon tubuh dalam menghadapi stres fisiologis pembedahan.

- 1) Jika stres pada sistem berat atau terjadi kehilangan darah yang berlebihan, maka akan terjadi mekanisme kompensasi tubuh dan menyebabkan terjadinya syok.
- 2) Tipe-tipe anestesi tertentu juga bisa berkontribusi terhadap terjadinya syok.
- 3) Respon metabolik juga terjadi
 - a) Karbohidrat dan lemak dimetabolisme untuk menghasilkan energi.
 - b) Protein tubuh dipecah/ diuraikan untuk memberikan suplai asam amino yang digunakan untuk membentuk jaringan baru.
 - c) Asam amino yang tidak digunakan, diuraikan menjadi produk akhir nitrogen, seperti urea dan sisa metabolisme.

c. Dampak respon fisiologis terhadap pembedahan

- 1) Respon sistem syaraf simpatis
 - a) Vasokonstriksi, yang memiliki dampak positif yaitu mempertahankan tekanan darah, aliran darah ke jantung dan otak adekuat.
 - b) Peningkatan curah jantung, yang memiliki dampak positif yaitu mempertahankan tekanan darah.
 - c) Penurunan aktivitas gastro-intestinal, yang memiliki dampak negatif yaitu anoreksia, nyeri karena adanya gas, konstipasi.
- 2) Respon hormonal
 - a) Peningkatan sekresi glukokortikoid (korteks adrenal). Retensi sodium: dampak positif (peningkatan volume darah), dampak negatif (kehilangan potassium).

Katabolisme protein dan lemak: dampak positif (peningkatan energi dan tersedia asam amino), dampak negatif (penurunan berat badan).

- b) Peningkatan produksi platelet: dampak positif (mencegah pembedahan melalui pembekuan), dampak negatif (kemungkinan terjadi pembentuk an trombus).
- c) Peningkatan sekresi ADH: dampak positif (peningkatan volume darah), dampak negatif (kemungkinan kelebihan cairan).

2.2.3.2 Respon psikologis terhadap pembedahan pasien pre-operasi

a. Ketakutan terhadap pembedahan

1) Ketakutan umum

- a) Takut terhadap hal yang belum diketahui.
- b) Takut kehilangan kontrol/ kendali dan ketergantungan pada orang lain.
- c) Takut kehilangan cinta dari orang terdekat.
- d) Takut mempengaruhi seksualitas.
- e) Takut kecacatan dan perubahan dalam citra tubuh normal.
- f) Takut kehilangan martabatnya.

2) Ketakutan khusus

- a) Takut terhadap diagnosis keganasan.
- b) Takut anetesi.
- c) Takut dibuat tidur dan tidak dapat bangun lagi.
- d) Takut terjaga selama pembedahan.
- e) Takut merasa nyeri sewaktu berada di bawah pengaruh obat bius, tetapi tidak dapat berkomunikasi.
- f) Takut nyeri pasca operasi.

- g) Takut mual muntah pasca operasi.
 - h) Takut diagnosa dan hasil akhir pembedahan.
 - i) Takut meninggal/kematian.
- 3) Ketakutan terhadap nyeri
- a) Takut akan nyeri, rasa sakit dan rasa tidak nyaman lainnya berkaitan dengan pembedahan adalah hal yang umum terjadi pada sebagian besar orang akan mengalami pembedahan.
 - b) Takut terhadap nyeri, sakit dan rasa tidak nyaman ini meliputi keluhan-keluhan tentang perasaan nyeri, sakit, dan tidak nyaman selama dan setelah pembedahan.
 - c) Takut mengenal nyeri dan rasa sakit merupakan hal yang realistis, tetapi adakalanya ketakutan ini seringkali dipengaruhi juga oleh mitos-mitos seputar pembedahan.
- 4) Ketakutan terhadap kehilangan bagian tubuh
- a) Takut kehilangan bagian tubuh menjadi suatu faktor yang menimbulkan ketakutan, bukan hanya tentang operasi radikal atau amputasi harus dilakukan tetapi juga jika operasi yang tidak berat dilakukan.
 - b) Adanya jaringan parut pada tubuh juga menimbulkan ketakutan.
- 5) Ketakutan terhadap kematian
- a) Takut terhadap kematian bisa lebih besar jika pasien mengetahui bahwa diri mereka memiliki penyakit keganasan atau resiko bedahnya besar.
 - b) Pembedahan bisa ditunda jika pasien tetap yakin bahwa operasi akan menimbulkan kematian.
 - c) Sikap dan kondisi emosional mempengaruhi hasil dari pembedahan.

- 6) Ketakutan terhadap anestesi
 - a) Takut terhadap anestesi meliputi keluhan-keluhan tentang induksi yang tidak menyenangkan, bahaya komplikasi (seperti kerusakan otak atau paralisis).
 - b) Takut terhadap anestesi berhubungan dengan seperti apakah bangun atau tidak pernah bangun.
- 7) Ketakutan terhadap gangguan pola hidup
 - a) Takut terhadap pola hidup bisa ditunjukkan dengan berbagai macam tingkatan.
 - b) Hal ini bisa berkisar dari ketakutan timbulnya cacat permanen, sehingga tidak dapat bekerja dalam beberapa minggu atau seterusnya.
 - c) Keluhan terhadap finansial akan kehilangan pendapatan.
- b. Kecemasan terhadap pembedahan
 - 1) Hal-hal yang meningkatkan kecemasan pada saat pre-operatif
 - a) Ambigiutas/hal yang mendua terjadi akibat ketidakpastian mengenai: lingkungan rumah sakit, prosedur pre-operatif, prosedur intra-operatif dan peristiwa yang terjadi saat post-operatif.
 - b) Persepsi yang menimbulkan konflik terjadi jika pengalaman operasi yang akan dilalui berbeda dengan apa yang dipikirkan.
 - c) Kesalahpahaman timbul misalnya jika diberikan informasi yang tidak adekuat, istilah-istilah yang digunakan tidak dimengerti dan prosedur tidak diinformasikan dengan jelas.
 - 2) Respon terhadap kondisi kecemasan
 - a) Perilaku adaptif merupakan hal yang baik/sesuai. Respon stres merupakan hal yang adaptif, sejumlah

peningkatan stressor adakalanya malah menimbulkan energi adaptif, respon adaptif pasien pre-operatif ditunjukkan dengan tingkat kecemasan rendah/ringan.

- b) Perilaku maladaptif diakibatkan dari ketidakmampuan untuk beradaptasi menyesuaikan terhadap situasi yang menimbulkan stres, biasanya ditunjukkan dengan tingkat kecemasan tinggi menjelang pembedahan.
 - c) Respon kecemasan rendah: reaksi terhadap stressor lebih rendah daripada reaksi pada pasien dengan respon kecemasan tinggi, sedikit perubahan pada situasi diri pada masa lalu/sebelumnya, menganggap bahwa rumah sakit dan pembedahan merupakan hal penting bagi kesehatannya, dapat meningkatkan kesiapan, meningkatkan kemampuan untuk belajar, dan meningkatkan kemampuan untuk mengkaji dan menyesuaikan dirinya terhadap lingkungan sekitar.
 - d) Respon kecemasan tinggi: bereaksi dengan kecemasan tinggi terhadap stressor, banyak perubahan pada situasi diri pada masa lalu/sebelumnya, menganggap masuk rumah sakit dan pengalaman pembedahan sebagai suatu ancaman, ketakutan bahwa pembedahan bisa menimbulkan nyeri, beranggapan bahwa prosedur masuk rumah sakit dan pembedahan adalah hal yang asing dan menakutkan.
- c. Tugas perawat dalam mempersiapkan psikologis pasien pada masa pre-operatif.
- 1) Perawat harus mencari keseimbangan antara bercerita sedikit untuk pasien yang belum benar-benar

dipersiapkan dan bercerita banyak untuk pasien yang benar-benar telah dipersiapkan.

- 2) Perawat yang mengobservasi dengan hati-hati dan mendengarkan dengan penuh perhatian pada pasien biasanya dapat menentukan seberapa banyak informasi perlu diberikan pada masing-masing pasien dan kasus/tipe pembedahan.
- 3) Perawat mempunyai tugas untuk menjelaskan apa yang akan dihadapi pasien jika ia akan dioperasi.
- 4) Perawat mampu mendengarkan semua keluhan dan sekaligus memperhatikan semua keperluan pribadi pasien.

2.1.4 Dampak masalah pre operasi TURP

Menurut Aspiani (2015) dampak masalah pre operasi TRUP adalah:

2.1.4.1 Pola eliminasi

Tanda dan gejala yang berhubungan dengan BPH akibat pembesaran prostat yang berdampak pada penyumbatan parsial atau sepenuhnya pada saluran kemih bagian bawah. Keluhan klien antara lain nokturia, frekuensi, hesistensi, disuria, inkonteninsia dan rasa tidak lampias sehabis miksi.

2.1.4.2 Pola persepsi dan konsepsi diri

Kebanyakan klien yang akan menjalani operasi akan muncul kecemasan. Ketidakpastian tentang prosedur pembedahan, nyeri setelah operasi, insisi dan immobilisasi dapat menimbulkan rasa cemas. Klien juga cemas akan ada perubahan pada dirinya setelah operasi.

2.1.4.3 Pola tidur dan istirahat

Tanda dan gejala BPH antara lain nokturi dan frekuensi. Bila keluhan ini muncul pada klien maka tidur klien akan terganggu.

Hal ini terjadi karena pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap pada setiap miksi sehingga interval antara miksi lebih pendek. Akibatnya klien akan sering terbangun pada malam hari untuk miksi dan waktu tidur akan berkurang.

2.1.5 Dampak Masalah Post Operasi TRUP

Menurut Aspiani (2015) dampak masalah post operasi TRUP adalah:

2.1.5.1 Pola eliminasi

Klien post operasi TRUP dapat mengalami perubahan eliminasi. Hal ini terjadi bila terdapat bekuan darah yang menyumbat kateter, edema, dan prosedur pembedahan. Perdarahan dapat terjadi karena fiksasi dari traksi yang kurang tepat.

2.1.5.2 Pola tidur dan istirahat

Pada klien post TRUP dapat mengalami gangguan tidur karena klien merasakan nyeri pada luka operasi atau spasme dari kandung kemih.

2.1.5.3 Pola aktivitas

Klien post TRUP aktivitasnya dapat berkurang dari aktivitas biasa, karena nyeri akibat dari TRUP nya. Klien lebih banyak memilih ditempat tidur dari pada beraktivitas pada hari pertama dan kedua post TRUP.

2.1.5.4 Pola reproduksi dan seksual

Klien post TRUP dapat mengalami disfungsi seksual, disebabkan karena situasi krisis (inkontinensia, kebocoran urin setelah pengangkatan kateter).

2.1.5.5 Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan dirumah dapat menimbulkan masalah dalam perawatan diri selanjutnya.

Sehingga klien perlu informasi tentang perawatan selanjutnya khususnya saat dirumah supaya tidak terjadi perdarahan atau tanda-tanda infeksi.

2.3 Konsep Dasar Kecemasan

2.3.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Hal ini merupakan sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya yang akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Nanda, 2009 dalam buku Fitria *et al*, 2013).

Gangguan kecemasan adalah sekelompok gangguan dimana kecemasan merupakan gejala utama (gangguan kecemasan umum dan gangguan panik) atau dialami jika seseorang berupaya mengendalikan perilaku maladaptif tertentu (gangguan jobik dan gangguan obsesif-kompulsif) (Lukaningsih dan Bandiyah, 2011).

Kecemasan adalah aspek positif dari individu berkembang dengan adanya konfrontasi, gerakan maju perkembangan dan pengalaman mengatasi kecemasan. Akan tetapi pada keadaan lanjut perasaan cemas dapat mengganggu kehidupan seseorang (Menurut Stuart dan Sundeen dalam buku Fitria *et al*, 2013).

2.3.2 Tingkatan Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen dalam buku Fitria *et al* (2013) Tingkat kecemasan antara lain :

2.3.2.1 Kecemasan ringan

Tingkat ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan kreativitas.

2.3.2.2 Kecemasan sedang

Tingkat sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Pada cemas sedang orang dapat mengolah informasi, menyelesaikan masalah dan belajar dengan bantuan, tetapi kesulitan dalam berkonsentrasi dan memerlukan bantuan untuk berfokus kembali.

2.3.2.3 Kecemasan berat

Tingkat berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang, kemampuan untuk berfikir sangat kurang dan individu memakai mekanisme pertahanan tanpa disadarinya. Otot-otot menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, gelisah, tidak tenang, tidak sabar, dan cepat marah. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik, dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

2.3.2.4 Kecemasan berat sekali (panik)

Kecemasan yang terjadi pada cemas berat sekali (panik) terjadinya lapangan persepsi sudah sangat sempit, individu tidak dapat mengendalikan diri dan detail perhatian hilang. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif.

Secara praktis kita dapat bedakan tingkatan kecemasan ini dalam kehidupan sehari-hari seperti berikut ini:

- a. Tingkat ringan: seseorang yang menghadapi suatu masalah mencoba menjadikan stresor yang ada sebagai media untuk meningkatkan mekanisme koping dirinya dengan cara menghadapi dan menyelesaikan masalah walaupun perlu beberapa waktu secara mandiri untuk menghadapinya dalam kondisi ini individu tidak memerlukan orang lain yang membantu dirinya menghadapi masalah.
- b. Tingkat sedang: seseorang mencobamenghadapi dan menyelesaikan masalah dengan bantuan orang lain yang menjadi orang kepercayaan bagi dirinya, misalnya sahabat, orang tua, dosen, dan lain-lain.
- c. Tingkat berat: seseorang tidak sanggup menghadapi dan menyelesaikan masalah walaupun dengan bantuan orang yang sudah dipercaya. Dirinya merasa tidak mampu dan hilang pengharapan untuk menyelesaikan masalah dan kondisi tersebut sudah semestinya memerlukan bantuan dari pihak medis untuk menurunkan tingkat kecemasan karena secara umum aktivitas sehari-hari sudah terganggu.

2.3.3 Faktor Predisposisi Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen dalam buku Nita (2013) faktor predisposisi antara lain:

2.3.3.1 Pandangan psikoanalitik

Teori ini beranggapan bahwa ansietas terjadi apabila konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu id dan super ego. Id mewakili dorongan *insting* dan implus primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen

yang bertentangan, sedangkan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2.3.3.2 Pandangan interpersonal

Teori ini beranggapan bahwa ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

2.3.3.3 Pandangan perilaku

Teori ini beranggapan bahwa ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan, lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

2.3.3.4 Kajian keluarga

Teori ini beranggapan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara anggapan ansietas dengan depresi.

2.3.3.5 Kajian biologis

Menurut kajian secara biologis, otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine. Reseptor ini membantu mengatur ansietas. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endofrin. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

2.3.4 Data Kecemasan Yang Perlu Dikaji

Menurut Nanda, (2009-2011) dalam buku Nita (2013) hal yang perlu dikaji antara lain:

2.3.4.1 Perilaku

Produktivitas menurun, mengamati dan waspada, kontak mata buruk, gelisah, melihat sekilas sesuatu, perasaan berlebihan (seperti: *foot shuffling*, pergerakan lengan/tangan), ungkapan berkaitan dengan mengubah peristiwa dalam hidup, insomnia, dan perasaan gelisah.

2.3.4.2 Afektif

Menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, sukacita berlebihan, nyeri dan ketidakberdayaan meningkat secara menetap, gemeretak, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak adekuat, ketakutan, tertekan khawatir, prihatin, dan mencemaskan.

2.3.4.3 Fisiologis

Suara gemetar, gemetar/ tremor tangan, bergoyang-goyang, respirasi meningkat (simpatis), kesegeraan berkemih (parasimpatis), nadi meningkat (simpatis), dilatasi pupil (simpatis), refleks-refleks meningkat (simpatis), nyeri abdomen (parasimpatis), gangguan tidur (parasimpatis), perasaan geli pada ekstremitas (parasimpatis), eksitasi kardiovaskuler (simpatis), peluh meningkat, wajah tegang, anoreksia (simpatis), jantung berdebar-debar (simpatis), diare (parasimpatis), keraguan berkemih (parasimpatis), kelelahan (parasimpatis), mulut kering (simpatis), kelemahan (simpatis), nadi berkurang (parasimpatis), wajah bergejolak (simpatis), vasokonstriksi superfisial (simpatis), berkedutan (simpatis), tekanan darah menurun (parasimpatis), mual (parasimpatis), kekeringan berkemih (parasimpatis), pingsan (parasimpatis), sukar bernafas (simpatis), tekanan darah meningkat (parasimpatis).

2.3.4.4 Kognitif

Hambatan berpikir, bingung, preokupasi, pelupa, perenungan, perhatian lemah, lapang persepsi menurun, takut akibat yang tidak khas, cenderung menyalahkan orang lain, sukar berkonsentrasi, kemampuan berkurang untuk memecahkan masalah dan belajar, serta kewaspadaan terhadap gejala fisiologis.

2.3.4.5 Faktor yang berhubungan

Terpapar toksin, konflik tidak disadari tentang pentingnya nilai-nilai/ tujuan hidup, hubungan kekeluargaan/ keturunan, kebutuhan yang tidak terpenuhi, interpersonal transmisi/ penularan, krisis situasional/maturasi, ancaman kematian, ancaman terhadap konsep diri, stres, penyalahgunaan zat, ancaman terhadap atau perubahan dalam: status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, lingkungan, dan status ekonomi.

Berdasarkan definisi, tingkatan, faktor predisposisi dan presipitasi, strategi koping, serta data yang perlu dikaji, maka dapat disimpulkan bahwa secara umum proses terjadinya masalah klien yang mengalami ansietas biasanya dimulai dari seseorang yang mengalami gangguan citra tubuh, kurangnya pengetahuan mengenai stressor yang sedang dihadapi atau klien sudah mampu menghadapi suatu masalah namun koping yang ditampilkan tidak efektif sehingga dapat timbul rasa cemas pada seseorang terhadap masalah yang dihadapinya.

2.3.7 Pengkajian Skala Kecemasan

Menurut Halminton dalam buku Baradero *et al* (2014) pengkajian skala kecemasan menggunakan skala *Halminton rating scale for anxiety* antara lain:

Tabel 2.1 Skala Tingkat Kecemasan

Rincian	Gambaran	Skala
Cemas	Khawatir, mengantisipasi hal yang buruk, mengantisipasi ketakutan, iritabilitas (peka rangsangan).	
C Ketegangan	Perasaan tegang, cepat lelah, cepat terkejut, cepat menangis, gelisah, tidak dapat rileks.	
Takut	Takut pada gelap, orang yang tidak dikenal, ditinggalkan sendiri, binatang, lalu lintas, banyak orang.	
Insomnia	Sulit tidur, lelah waktu bangun, mimpi buruk.	
C Kognitif	Sulit berkonsentrasi, ingatan jelek.	
Depresi	Hilang minat, hobi tidak lagi menyenangkan, sering kencing malam hari, sedih, bangun pagi-pagi dan tidak bisa tidur lagi.	
Somatik muscular	Nyeri otot-otot, kekakuan otot-otot, gemetar, suara tidak stabil.	
Somatik (sensori)	Tinitus (suara berdenging), penglihatan kabur, merasa lemah, muka terasa dingin/ panas.	
Gejala kardiovaskuler	berdebar-debar, nyeri dada, merasa seperti mau pingsan.	
Gejala respirator	Dada terasa berat dan sesak, merasa seperti dicekik, sering menarik nafas panjang.	
Gejala gastrointestinal	Sulit menelan, abdomen terasa penuh, mual-muntah, diare, konstipasi (sulit BAB), berat badan menurun.	
S k e r Gejala genitourinaria	Sering buang air kecil atau tidak dapat menahan kencing.	
Gejala autonomik	Mulut kering, muka pucat atau merah, sakit kepala karena tegang, mudah berkeringat.	
Tingkah laku saat wawancara	Gelisah, tangan gemetar, pucat, pernafasan cepat, sering menelan, mengerutkan dahi atau kening.	

ara
penil
aian
deng
an
siste
m
scori
ng
yaitu
:

tidak ada gejala

Skor 1: ringan (satu gejala)

Skor 2: sedang (dua gejala)
Skor 3: berat (lebih dua gejala)
Skor 4: sangat berat (semua gejala)

Skala tingkat ansietas yaitu:

Skor ≤ 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

2.4 Konsep Dasar Dukungan Keluarga

2.4.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Menurut Duval dalam buku Gusti, 2013).

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri atau suami-istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Menurut Bailon dalam buku Murwani, 2014).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lainnya dalam peranannya dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Menurut Bailon dalam buku Murwani, 2014).

2.4.2 Tipe-Tipe Keluarga

Menurut Murwani (2014) tipe-tipe keluarga adalah:

2.4.2.1 Tipe tradisional

a. *The nuclear family*

Keluarga yang terdiri dari suami istri dan anak.

b. *The dyad family*

Keluarga yang terdiri dari suami istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.

c. Keluarga usila

Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah tua dengan anak sudah memisahkan diri.

d. *The childless family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.

e. *The extenden family*

Keluarga yang terdiri tiga generasi.

f. *The singel parent family*

Keluarga yang terdiri satu orang tua dengan anak, hal ini terjadi melalui proses perceraian atau kematian.

g. *Commuter family*

Keluarga dengan kedua orang tua bekerja dikota yang berbeda, tapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul dengan keluarga saat akhir pekan.

h. *Multigenerational family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

i. *Kin-network family*

Keluarga yang terdiri dari beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan

menggunakan barang-barang yang sama seperti dapur, kamar mandi, telpon dll.

j. *Blended family*

Keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

k. *The single adult living alone atau single adult family*

Keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan seperti perceraian.

2.4.2.2 Tipe non tradisional

a. *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b. *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri

c. *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan memulai aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

d. *The non marital heterosexual cohabitang family*

Keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e. *Gay and lesbian family*

Seseorang yang mempunyai persamaan sex yang hidup bersama sebagaimana suami istri.

f. *Cohabiting couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g. *Group marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

h. *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga, pelayanan, dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

i. *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang asli.

j. *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi atau masalah kesehatan mental.

k. *Gang*

Keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

Dari sekian macam tipe keluarga, maka secara umum di negara Indonesia dikenal dua tipe keluarga, yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga nontradisional. Termasuk tipe keluarga tradisional adalah keluarga inti, *extended family*, *singleparent*, keluarga lansia dan *single adult*. Sedangkan yang termasuk dalam tipe keluarga *extended family* adalah *commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah, orang tua atau ayah ibu yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak yang hidup bersama dalam satu rumah

tangga, serta keluarga homoseksual yaitu dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah.

2.4.3 Fungsi Keluarga

Menurut Harmoko (2012) fungsi keluarga antara lain:

2.4.3.1 Fungsi afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya perceraian, kenakalan anak, atau masalah lain yang sering timbul dalam keluarga dikarenakan fungsi afektif yang tidak terpenuhi. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga afektif antara lain:

a. Memelihara saling asuh

Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima, dan saling mendukung antara anggota. Setiap anggota yang mendapat kasih sayang dari anggota yang lain, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkat, sehingga tercipta hubungan yang hangat dan mendukung.

b. Keseimbangan saling menghargai

Keseimbangan saling menghormati dapat dicapai apabila setiap anggota keluarga menghormati hak, kebutuhan, dan tanggung jawab anggota keluarga yang lain. Orang tua perlu menyediakan struktur yang memadai dan panduan yang konsisten, sehingga batas-batas bisa dibuat dan dipahami.

c. Pertalian dan identifikasi

Identifikasi adalah suatu sikap dimana seseorang mengalami apa yang terjadi pada orang lain, seolah-olah terjadi pada dirinya oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif. Kasih sayang antara ibu dan bayi sangat penting karena dapat mempengaruhi sifat dan kualitas hubungan kasih sayang selanjutnya.

d. Keterpisahan dan keterpaduan

Salah satu masalah pokok psikologis yang meliputi kehidupan keluarga adalah cara keluarga memenuhi kebutuhan psikologis, memenuhi identitas diri dan harga diri individu.

2.4.3.2 Fungsi sosialisasi

Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, dimana individu secara *continue* mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi mencakup semua proses dalam sebuah komunitas tertentu atau kelompok dimana manusia, berdasarkan sikap kelenturan, melalui pengalaman-pengalaman yang diperoleh selama hidup, mereka memperoleh karakteristik yang terpola secara sosial.

2.4.3.3 Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit terkontrol.

2.4.3.4 Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, dan perumahan, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Perawat bertanggung jawab untuk mencari sumber-sumber dimasyarakat yang dapat digunakan oleh keluarga dalam meningkatkan status kesehatan.

2.4.3.5 Fungsi perawatan kesehatan

Merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga. Untuk menempatkan dalam sebuah persektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang menyediakan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan.

2.4.4 Struktur Keluarga

Menurut Gusti (2013) struktur keluarga antara lain :

2.4.4.1 Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2.4.4.2 Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui garis ibu.

2.4.4.3 Matrilokal

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

2.4.4.4 Patrilocak

Sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

2.4.4.5 Keluarga kawinan

Hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

2.4.5 Karakteristik Keluarga

Menurut Gusti (2013) karekteristik keluarga antara lain :

2.4.5.1 Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.

2.4.5.2 Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.

2.4.5.3 Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: suami, istri, anak, kakak dan adik.

2.4.5.4 Mempunyai tujuan yaitu : menciptakan dan mempertahankan dan meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, dan sosial anggota.

2.4.6 Tugas keluarga

Menurut Harmoko (2012) tugas keluarga antara lain :

2.4.6.1 Memelihara kesehatan fisik keluarga dan para anggotanya

2.4.6.2 Berupaya untuk memelihara sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.

2.4.6.3 Mengatur tugas masing-masing anggota sesuai dengan kedudukannya.

2.4.6.4 Melakukan sosialisasi agar anggota keluarga timbul keakraban dan kehangatan para anggota keluarga

2.4.6.5 Melakukan pengaturan jumlah anggota keluarga yang diinginkan.

2.4.6.6 Memelihara ketertiban anggota keluarga.

2.4.6.7 Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.

2.1.6.8 Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga.

2.4.7 Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial, dalam tahap ini dukungan keluarga

menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan (Friedman dalam buku Setiadi, 2008).

Dukungan keluarga 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 merasa ada yang memperhatikan (Friedman dalam buku Setiadi, 2008).

Dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sosial sebagai koping keluarga, baik dukungan-dukungan yang bersifat eksternal maupun internal terbukti sangat bermanfaat. Dukungan sosial keluarga eksternal antara lain sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial, kelompok rekreasi, tempat ibadah, praktisi kesehatan. Dukungan sosial keluarga internal antara lain dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung, atau dukungan dari anak (Friedman dalam buku Setiadi, 2008).

2.4.8 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman dalam buku Setiadi (2008) jenis dukungan keluarga antara lain :

- a. Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit.
- b. Dukungan informasi adalah keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan seminator (penyebarnya informasi) dan pemberi nasehat.
- c. Dukungan penghargaan adalah keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, dukungan yang diberikan untuk mendorong lebih

maju, menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.

- d. Dukungan emosional adalah keluarga sebagai sebuah tempat aman dan damai untuk istirahat, membantu penguasaan terhadap emosi dan memberi pujian atas keberhasilan proses latihan serta melalui rasa empati.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Liandi urutan dukungan yang diberikan dari yang tertinggi adalah dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, serta yang paling rendah adalah dukungan penghargaan. Dari hasil pengukuran dukungan keluarga yang tidak didukung biasanya disebabkan oleh usia yang relatif muda, tingkat pendidikan yang rendah, pekerjaan dan ekonomi yang rendah, sehingga kurangnya informasi yang didapat tentang tindakan apa yang akan dilakukan.

2.4.9 Ciri-Ciri Dukungan Sosial Keluarga

Menurut Smet dalam buku Setiadi (2008) ciri-ciri dukungan sosial keluarga antara lain :

2.4.9.1 Informatif, yaitu bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama.

2.4.9.2 Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang

memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati dan empati, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya.

2.4.9.3 Bantuan instrumental, bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita.

2.4.9.4 Bantuan penilaian, suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya bagi penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan sosial keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penilaian yang positif.

2.4.10 Cara Menilai Dukungan Keluarga

Menurut Friedman dalam buku Setiadi (2008) Pengkajian untuk mengetahui besarnya dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuesioner dukungan keluarga yang mencakup 20 pernyataan dengan cara penilaian dukungan keluarga dengan sistem scoring yaitu: skor 1: tidak pernah, skor 2: kadang-kadang, skor 3: sering dan skor 4: selalu dengan skala dukungan keluarga yaitu: Skor 20-40 dukungan keluarga kurang, skor 41-60 dukungan keluarga cukup dan skor 61-80 dukungan keluarga baik. Ada empat jenis parameter yang digunakan dalam mengukur dukungan keluarga yaitu:

2.4.10.1 Dukungan emosional adalah Dukungan yang memberikan perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami cemas, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa bahagia.

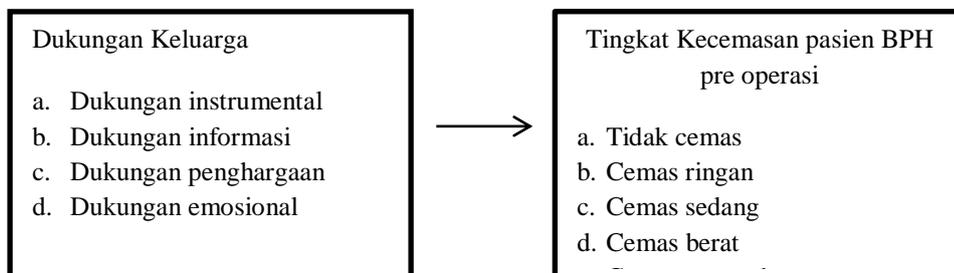
- 2.4.10.2 Dukungan instrumental adalah dukungan yang dapat membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan secara langsung seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, dan memecahkan masalah.
- 2.4.10.3 Dukungan informasional adalah dukungan yang dapat memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.
- 2.4.10.4 Dukungan penghargaan adalah dukungan yang dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti bagi keluarga, sehingga dapat diharapkan dalam membentuk perilaku yang sehat dalam upaya meningkatkan kesehatan.

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah bagian dari kerangka teori yang akan diteliti, untuk mendiskripsikan secara jelas variabel pengaruh (*independent*) dan variabel yang dipengaruhi (*dependent*) (Supardi dan Rustika, 2013).

Variabel *independent* (bebas)

Variabel *dependent* (terikat)



Skema 2.1 Kerangka Konseptual

2.6 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu asumsi sementara antara 2 variabel atau lebih yang disusun berdasarkan kerangka konsep penelitian (Supardi dan Rustika, 2013).

Ha: Ada hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pasien *benign prostatic hyperplasia* pre operasi diruang Sakti Rumah Sakit DR. R. Soeharsono tahun 2017.