

**PENELITIAN**

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN MEKANISME KOPING  
KELUARGA PADA KELUARGA YANG ANGGOTA KELUARGA  
DIRAWAT DENGAN PENYAKIT JANTUNG KORONER  
DI CVCU RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**



**WILDA YANTI**

**BP : 0910325146**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS**

**2011**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Manusia sebagai sasaran pelayanan atau asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan. Sebagai sasaran praktek keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat. Individu sebagai klien, dimana individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Peran perawat pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya mencakup kebutuhan aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurang kemauan menuju kemandirian klien (Taylor, 1989 dikutip dari Potter, 2005).

Keluarga sebagai klien dimana, keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus-menerus dan terjadi interaksi satu sama lain, baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan, disebabkan keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat, keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki atau mengabaikan masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Kemudian keluarga mempunyai peran dalam merawat klien yang sakit. Masyarakat sebagai klien yaitu, dimana masyarakat merupakan satu kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem dan adat

istiadat tertentu yang bersifat terus menerus dan terikat oleh suatu identitas bersama (Taylor, 1989 dikutip dari Potter, 2005).

Keluarga dipandang sebagai sebuah sistem yang saling mempengaruhi. Fokusnya adalah pada hubungan dengan dinamika interna keluarga, fungsi dengan struktur keluarga dan hubungan subsistem keluarga dengan keseluruhan serta hubungan keluarga dengan lingkungan luarnya (Friedman, 2010). Di dalam keluarga terdapat lima fungsi dasar yang berguna untuk keberlangsungan keluarga. Menurut Friedman (1988 dikutip dari Mubarak, dkk, 2006) mengidentifikasi 5 fungsi dasar keluarga, yaitu: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduktif, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan keluarga.

Dalam sebuah unit keluarga, suatu penyakit yang diderita anggota keluarga maka fungsi perawatan keluarga harus dijalankan karena akan mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya mempengaruhi jalannya penyakit dan status kesehatan anggota. Keluarga yang memangku tanggung jawab perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, akan mengalami tingkat ketegangan fisik dan emosional yang tinggi (Friedman, 2010). Bila salah satu individu dalam sebuah keluarga yang menderita penyakit jantung koroner dan memerlukan perawatan, maka hal ini tidak hanya menimbulkan stress dan kecemasan pada dirinya tetapi pada anggota keluarga lain.

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyakit jantung yang terutama disebabkan oleh penyempitan arteri koronaria akibat proses aterosklerosis atau spasme atau keduanya. PJK merupakan penyakit yang sangat menakutkan dan masih menjadi masalah, baik di negara maju ataupun negara berkembang. Di Amerika Serikat setiap tahunnya 550.000 orang meninggal dunia karena penyakit ini. Di Eropa diperhitungkan 20-40.000 orang dari 1 juta penduduk menderita PJK. Bahkan, sekarang (tahun 2000-an) dapat dipastikan,

kecendrungan penyebab kematian di Indonesia bergeser dari penyakit infeksi ke penyakit kardiovaskuler (antara lain PJK) dan penyakit degenerative (Majid, 2007). Hasil survey yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 1992, menyatakan prevalensi PJK tahun ke tahun meningkat dari urutan kedua menjadi urutan pertama dengan prevalen 9,7% -16,4% setelah itu meningkat lagi pada Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 menjadi 24,5% (Yaswir, 2002).

Menurut Asnil (2004) pakar dan peneliti penyakit jantung RSUP Dr. M. Djamil Padang, berdasarkan penelitian Fakultas Kedokteran Unand, tahun 2000 mencatat dari 4.253.510 penduduk Sumbar sekitar 1.600 orang meninggal akibat jantung dan pembuluh darah per tahun. Sebanyak 400 orang di antaranya meninggal sebelum mendapat perawatan medis (Pusat Data & Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia [PERSI], 2004).

Sejak setahun lalu terjadi peningkatan kunjungan penderita penyakit jantung ke pusat perawatan penyakit jantung atau *cardiac center*. Dari 17.000 orang pada 2002 menjadi 23.500 klien lebih setahun kemudian. Menurut Asnil (2004) jumlah kasus penyakit kardiovaskuler terbesar dipicu penyakit jantung koroner 69%, hipertensi 15,7%, jantung reumatik 8%, kelainan bawaan 3%, vaskular 2% dan lainnya 7% (PERSI, 2004).

Di Sumatera Barat RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan rumah sakit rujukan propinsi dan Pusat Jantung Regional. Berdasarkan data dari ruangan CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang, selama tahun 2009 terdapat 801 klien yang dirawat. Jumlah klien yang dirawat di CVCU tahun 2010 dari bulan Januari 2010 sampai September 2010 mencapai 702 klien, dengan klien yang mengalami penyakit jantung koroner menempati urutan pertama yang banyak dirawat di CVCU berjumlah 265 klien. Dengan rincian : bulan Januari 2010 sebanyak 29 orang dari 73 klien, bulan Februari 2010 sebanyak 31 orang dari 75 klien, bulan

Maret 2010 sebanyak 33 orang dari 87 klien, bulan April 2010 sebanyak 25 orang dari 73 klien, bulan Mei 2010 sebanyak 27 orang dari 88 klien, bulan Juni 2010 sebanyak 36 orang dari 81 klien, bulan Juli 2010 sebanyak 30 orang dari 87 klien, bulan Agustus 2010 sebanyak 24 orang dari 62 klien, dan bulan September 2010 sebanyak 30 orang dari 76 klien (Catatan CVCU, 2010).

Klien yang sedang mengalami sakit, baik dirawat di rumah maupun di rumah sakit akan mengalami kecemasan dan stress pada semua tingkat usia. Penyebab kecemasan pada klien terjadi oleh berbagai faktor, baik dari faktor petugas (perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya), lingkungan yang baru maupun dukungan keluarga. Selain kecemasan pada klien, keluarga juga akan mengalami kecemasan. Keluarga merasa cemas dengan perkembangan keadaan klien, pengobatan dan biaya perawatan (Nursalam, 2009).

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus kecemasan (Comer, 1992 dikutip dari Videbeck, 2008). Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu.

Menurut Videbeck (2008) kecemasan memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek yang membahayakan, yang bergantung pada tingkat kecemasan, lama kecemasan dialami dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Peplau (1952 dikutip dari Videbeck, 2008) mengidentifikasi tingkat kecemasan yaitu tingkat kecemasan ringan, sedang, berat, sampai panik. Setiap tingkat akan menyebabkan perubahan fisiologis dan emosional pada individu.

Pada kecemasan ringan sampai sedang dimana individu membutuhkan perhatian khusus, perasaan ada sesuatu yang berbeda, dan menjadi gugup. Akan tetapi, pada kecemasan ringan sampai sedang memberi aspek sehat di mana individu dapat memproses informasi dan belajar untuk menyelesaikan masalah. Pada kecemasan berat individu yakin bahwa ada suatu berbeda dan ada ancaman, individu akan memperlihatkan respons takut dan distress. Ketika individu mencapai tingkat tertinggi kecemasan, terjadi panik, semua pikiran rasional berhenti dan individu mengalami respons *fight*, *flight*, atau *freeze*, yakni kebutuhan untuk pergi secepatnya, tetap di tempat dan berjuang, atau menjadi beku dan tidak melakukan sesuatu. Aspek negatif dari kecemasan atau membahayakan terjadi pada kecemasan berat dan panik ialah rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata atau potensial. Hal ini menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal, situasi kerja, dan situasi sosial (Videbeck, 2008).

Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi (Hudak dan Gallo, 1997). Kecemasan akan meningkat pada keluarga bila salah satu anggota keluarganya mengalami penyakit yang mengancam kehidupan (Potter, 2005).

Untuk menghadapi keadaan yang penuh stress tersebut keluarga harus beradaptasi dengan stressor. Respons adaptif psikologis terhadap stresor disebut juga sebagai mekanisme koping (Potter, 2005). Mekanisme koping dilihat sebagai proses yang dinamis dari usaha pemecahan masalah. Perilaku koping sebagai respon yang dimunculkan akan berbeda antara individu satu dengan individu lain. Perbedaan kemampuan yang dimiliki masing-masing individu akan memunculkan mekanisme koping yang berbeda pula. Respon individu dapat

bervariasi tergantung pengetahuannya tentang perilaku koping (Ihdaniyati dan Winarsih, 2008).

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya menurut Stuart dan Sundeen (1995, dikutip dari Viela, 2010) dibagi menjadi dua yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif. Yang dimaksud mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Sedangkan mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecahkan pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan.

Mekanisme dan proses koping keluarga berfungsi sebagai proses dan mekanisme yang vital dimana melalui proses dan mekanisme tersebut fungsi-fungsi keluarga menjadi nyata. Tanpa koping yang efektif, fungsi efektif, ekonomi, sosialisasi, perawatan keluarga tidak dapat dicapai secara adekuat. Oleh sebab itu, koping keluarga merupakan proses penting yang membuat keluarga mampu mencapai fungsi-fungsi keluarganya secara optimal (Friedman, 2010).

Hasil penelitian Lecozt (1999) tentang gambaran tingkat kecemasan keluarga klien stroke yang dirawat di ruang mawar RSUD Undata Palu, hasil penelitiannya yaitu yang mengalami kecemasan berat sebanyak (63,3%) sedangkan yang mengalami cemas ringan sampai sedang sebanyak (36,7%). Begitu juga hasil penelitian Ihdaniyati dan Winarsih hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada klien gagal jantung kongestif di RSUD Pandan Arang Boyolali, ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping, dimana nilai p sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ).

Berdasarkan survey awal, pada tanggal 9 – 18 Oktober 2010 yang dilakukan peneliti pada keluarga yang anggota keluarganya dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU

RSUP DR. M. Djamil Padang, dari 6 keluarga ada 4 keluarga klien dengan kecemasan tingkat ringan – sedang, dimana keluarga klien mengatakan sedikit gelisah, mengeluh cemas, gugup, terasa nyeri di kepala, dan juga merasa tidak nyaman. Sedangkan dari 6 keluarga klien ada 2 keluarga klien dengan kecemasan tingkat berat sampai panik, dimana keluarga klien mengatakan sangat cemas, keluarga klien tampak tegang, berkeringat banyak dan sering mondar – mandir tanpa tujuan. Dalam survey awal, didapatkan juga 4 dari 6 keluarga klien menggunakan mekanisme koping yang maladaptif. Keluarga klien merasa takut akan kehilangan anggota keluarganya, tidak melakukan kegiatan lain, merasa tidak berdaya untuk melakukan sesuatu dengan kondisi klien.

Berdasarkan fenomena-fenomena yang peneliti temukan diatas, yang merupakan kondisi yang melatarbelakangi kecemasan pada keluarga klien yang anggota keluarga yang dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang. Hal ini menarik perhatian bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping keluarga pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang.

## **B. Penetapan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan di atas “Apakah ada hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping keluarga pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**



Diketuainya hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping keluarga pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya gambaran tingkat kecemasan pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner.
- b. Diketuainya gambaran mekanisme koping pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner.
- c. Diketuainya hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping keluarga pada keluarga yang anggota keluarga dirawat dengan penyakit jantung koroner.

## **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi RSUP DR. M. Djamil Padang, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan mengenai tingkat kecemasan anggota keluarga dan mekanisme yang digunakan keluarga sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada klien dan keluarga klien sehingga keluarga mampu untuk mengelola kecemasan dan menggunakan mekanisme koping yang adaptif.

2. Bagi perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan bisa memberi pelayanan yang optimal dan menurunkan tingkat kecemasan anggota keluarga klien yang dirawat dengan penyakit jantung koroner.
3. Bagi peneliti selanjutnya bisa dijadikan sumber informasi dan data awal untuk penelitiannya.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan analisa dan pembahasan pada BAB V dan BAB VI yang menyangkut hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme coping keluarga pada anggota keluarga yang dirawat dengan penyakit jantung koroner di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang tahun 2011, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Kecemasan responden lebih dari separoh berada pada tingkat ringan-sedang.
2. Mekanisme coping responden lebih dari separoh adalah mekanisme coping adaptif.
3. Terdapat hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme coping pada keluarga yang anggota keluarganya dirawat dengan penyakit jantung koroner.

#### **B. Saran**

1. Bagi RSUP DR.M.Djamil Padang diharapkan melaksanakan program untuk lebih menambah pengetahuan keluarga klien tentang penyakit jantung koroner sehingga keluarga mampu mengelola kecemasan, sehingga tidak terjadi kesalahan dalam memberikan informasi kepada pasien, keluarga dan masyarakat yang membutuhkan.
2. Bagi petugas kesehatan di CVCU RSUP DR. M. Djamil Padang diharapkan untuk mengetahui dan mengidentifikasi masalah yang membuat keluarga klien menjadi cemas sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga klien dan menggunakan

mekanisme koping adaptif dengan perawat sebagai salah satu sumber koping seperti memberikan pelayanan yang komprehensif kepada keluarga klien.

3. Bagi peneliti selanjutnya sebaiknya meneliti tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan keluarga klien dengan keluarga yang dirawat dengan penyakit jantung koroner.