

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PRA LANJUT USIA DI IRNA 1 DAN 2 RSUD HARAPAN
INSAN SENDAWAR KABUPATEN KUTAI BARAT**

TAHUN 2014

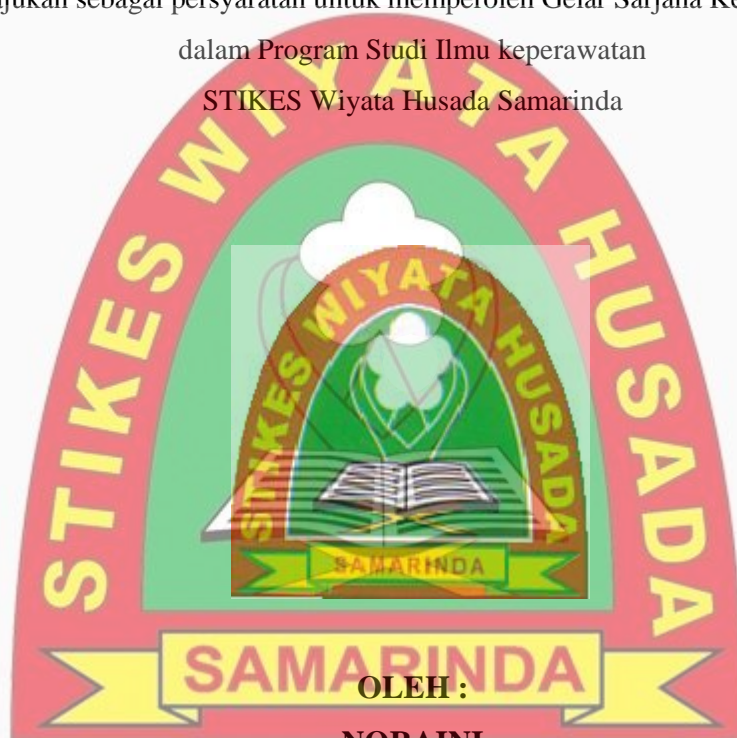


**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2014**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PRA LANJUT USIA DI IRNA 1 DAN 2 RSUD HARAPAN
INSAN SENDAWAR KABUPATEN KUTAI BARAT
TAHUN 2014**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
dalam Program Studi Ilmu keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda



OLEH :

NORAINI

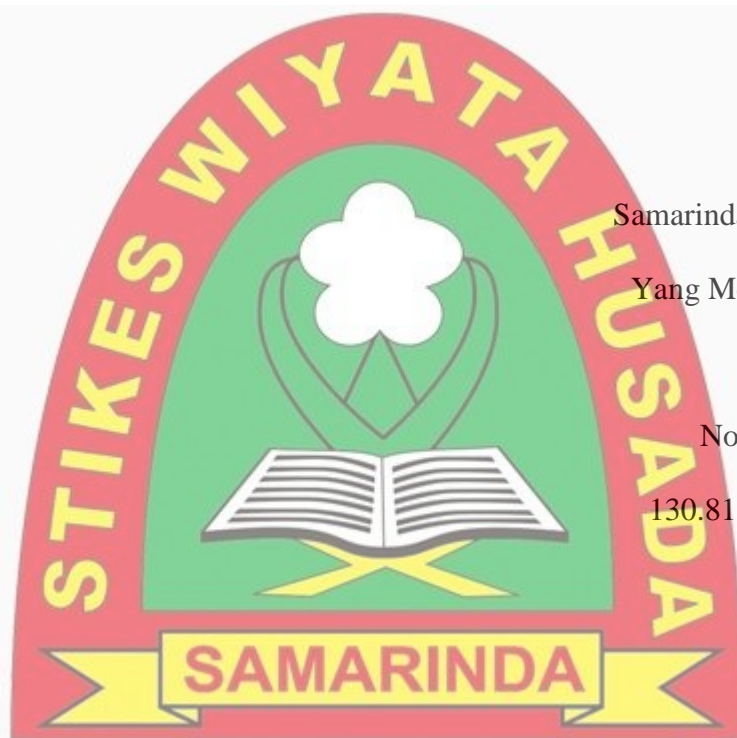
NIM 130.816.224.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2014

SURAT PERYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun



Samarinda, Juli 2014

Yang Menyatakan

Noraini

130.816.224.01

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 15 Juli 2014

Oleh :



Nanik Lestari, S.Kep.,Ns

NIK.11.3072.85.09.009

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN LANJUT USIA DI IRNA 1 DAN 2 RSUD HARAPAN
INSAN SENDAWAR KABUPATEN KUTAI BARAT
TAHUN 2014

Noraini¹, Anik puji Rahayu², Adhies Satya Putra³

Abstrak

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antar anggota keluarga dengan adanya hubungan timbal balik, umpan balik dan keterlibatan emosional. Seseorang dengan kecemasan dengan ketidakmampuannya melakukan fungsi sosial tentunya sangat memerlukan adanya dukungan untuk menjadi individu yang lebih kuat dan menghargai diri sendiri sehingga dapat mencapai taraf kesembuhan yang lebih baik dan meningkatkan keberfungsian sosialnya.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada lansia di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel yang akan diambil saat penelitian adalah berjumlah 44 orang. Pada penelitian ini sampling dilakukan secara *non probability sampling*, dan teknik yang digunakan adalah *Purposive Sampling*. Analisis bivariat penelitian ini menggunakan uji statistik non parametrik *Spearman rank*.

Hasil uji statistik diperoleh nilai sig 0,075 yang bermakna hipotesa nol (H0) gagal ditolak dengan kesimpulan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat. Nilai korelasi -0,271 menunjukkan arah hubungan yang negatif serta nilai kekuatan yang sedang.

Kata kunci : Dukungan keluarga, kecemasan, Pra lansia

- 1) Mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samarinda
- 2) STIKES Wiyata Husada Samarinda
- 3) STIKES Wiyata Husada Samarinda

*RELATIONS OF FAMILY SUPPORT WITH LEVEL'S ANXIETY IN THE PRE
ELDERY PATIENTS AT IRNA 1 AND 2 HARAPAN INSAN SENDAWAR'S
HOSPITAL IN 2014*

Noraini¹, Anik puji Rahayu², Adhies Satya Putra³

ABSTRACT

Family support is a process of relationships between family members with the reciprocal relationship, feedback and emotional involvement. A person with anxiety to inability to perform social functions certainly are in need of support to become stronger individuals and respect ourselves so as to achieve a better level of healing and improving social functioning.

This study was conducted to determine the relationship of family support with the level of anxiety in the elderly in IRNA 1 and 2 Hope Hospital personnel Sendawar West Kutai.

This study used a descriptive correlational design with cross sectional approach. The number of samples to be taken when research is numbered 44 people. In this study, the sampling is done in a non-probability sampling, and the technique used is purposive sampling. This study bivariate analysis using non parametric rank spearman statistic test.

Statistical test results obtained sig value of 0,075 it means (H0) failed to rejected and could be concluded there is no relation between family's support with anxiety's levels in the pre elderly patients IRNA 1 and 2 Harapan Insan Sendawar Hospital in 2014. Correlation value -0,271 showed correlation's direction of negative, and power of correlation were moderate.

Keywords: family support, anxiety, pre elderly

KATA PENGANTAR

Dengan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga skripsi dengan judul “Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Lanjut Usia Di Irna 1 Dan 2 Rsud Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Tahun 2014” dapat terselesaikan. skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Wiyata Husada Samarinda. Bersama dengan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Imam Sukirman DCN, M. Kes selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu Nanik Lestari, S. Kep., Ns selaku ketua program studi keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk penulis belajar diprogram studi alih jenjang di STIKES Wiyata Husada SamarindaDr.
3. Bambang Setyo Basuki Sp PD, selaku Direktur RSUD Harapan Insan Sendawar yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Rosa Ngeruk S.Kp selaku kepala bidang keperawatan RSUD Harapan Insan Sendawar, yang telah memberikan kemudahan peneliti untuk melakukan penelitian ini
5. Indrianti Amd.Kep. selaku kepala ruangan IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar dan teman-teman yang telah memberikan semangat, doa, dan

kerja samanya selama mengikuti pendidikan di STIKES Wiyata Husada Samarinda

6. Ibu Sumiati, M.Kes selaku penguji I yang telah memberikan masukan pada skripsi ini
7. Ibu Anik Puji Rahayu, M. Kep selaku pembimbing I yang telah memberikan masukan pada skripsi ini.
8. Bapak Adhies Satya Putra, S. Kep., Ns selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan pada skripsi ini.
9. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf di lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pendidikan.
10. Teristimewa Ayahanda Zainal ilmi dan Ibunda Lucia Hendrika S.pd, selaku orang tua, memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. Teristimewa suami tercinta Kristianus Huvat S,Hut, serta ke 3 anak-anakku M. Fahreza, M.Ristian, M.Revan yang telah memberikan semangat, dukungan dan doa dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dan penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak yang bersifat membangun.

Samarinda, Agustus 2014

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Halaman pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan	iii
Kata Pengantar	iv
Intisari	vi
Abstrac	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Landasan Teori	9
1. Konsep Dukungan Keluarga	9
2. Konsep Kecemasan	19
3. Konsep Lansia.....	33

4. Konsep Puskesmas	34
B. Kerangka Teori	47
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA DAN DEFENISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konseptual	48
B. Hipotesis Penelitian	49
C. DefenisiOperasional	49
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	53
B. Populasi dan Sampel	53
C. Tempat dan Waktu Penelitian	55
D. Teknik Pengumpulan Data	56
E. Prosedur Pengumpul Data	60
F. Pengolahan dan Analisa Data	61
G. Etika Penelitian	66
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Deskripsi lokasi penelitian	68
B. Uji normalitas data	69
C. Hasil analisis univariat	69
D. Hasil analisis bivariat	72
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden	74
B. Dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan lansia	81

C. Keterbatasan penelitian	84
----------------------------------	----

BAB VII PENUTUP

A. Kesimpulan	85
---------------------	----

B. Saran	86
----------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN



Daftar Gambar

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	49
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	50



Daftar Tabel

Tabel 2.1 Gejala Kecemasan Menurut Tingkatnya.....	25
Tabel 3.1 Definisi Operasional	52
Tabel 4.1 Kisi-Kisi Instrumen Variabel Dukungan Keluarga	58
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	59
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Agama.....	60
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	60
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	61
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga.....	61
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.....	61
Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Lansia	62
Tabel 5.9 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lansia	62



Daftar Lampiran

Lampiran 1 Biodata Peneliti

Lampiran 2 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

Lampiran 4 Data Demografi

Lampiran 5 Kuesioner A Dukungan Keluarga

Lampiran 6 Kuesioner B Kecemasan Lansia

Lampiran 7 Hasil Tabulasi Data

Lampiran 8 Hasil Uji Instrumen

Lampiran 9 Hasil Uji Normalitas

Lampiran 10 Hasil Karakteristik Responden

Lampiran 11 Hasil Analisa Univariat

Lampiran 12 Hasil Analisa Bivariat

Lampiran 13 Jadwal Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menjadi tua merupakan suatu fase kehidupan yang dialami oleh manusia. Makin panjang usia seseorang, sejalan dengan pertambahan usia, tubuh akan mengalami kemunduran secara fisik maupun psikologis. Proses menua merupakan proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya menurut Constantindes (1994) dalam Nugroho (2000).

Di masa yang akan datang, jumlah lansia di Indonesia akan semakin bertambah, berdasarkan data dari BPS (Biro Pusat Statistik) tahun 1992 dan tahun 2000 jumlah lansia meningkat menjadi 9,99% dari jumlah seluruh penduduk Indonesia (22 juta jiwa). Dengan umur harapan hidup 65-70 tahun dan diperkirakan penduduk lansia tahun 2010 sebanyak 23.992.552 jiwa. Peningkatan jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2020 sebanyak 29 juta jiwa atau lebih dari 11 persen jumlah penduduk Indonesia, dengan umur harapan hidup 70 - 75% tahun (Nugroho, 2000).

Hal ini sejalan dengan naiknya angka usia harapan hidup rata-rata manusia Indonesia dari 45,7 tahun (1970), 59,8 tahun (1990), diperkirakan menjadi 72,2 tahun (2020), pada tahun 2025 akan terdapat 800 juta jiwa penduduk yang berusia lebih dari 65 tahun diseluruh dunia (Setiabudi, 2005).

Kecenderungan peningkatan populasi lansia tersebut perlu mendapatkan perhatian khusus terutama peningkatan kualitas hidup mereka agar dapat mempertahankan kesehatannya. Pemerintah telah merumuskan berbagai peraturan dan perundang-undangan, yang diantaranya seperti tercantum dalam Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang kesehatan, dimana pada pasal 19 disebutkan bahwa kesehatan manusia lanjut usia diarahkan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kemampuannya agar tetap produktif, serta pemerintah membantu penyelenggaraan upaya kesehatan lansia untuk meningkatkan kualitas hidupnya secara optimal.

Menurut organisasi kesehatan dunia, usia lanjut meliputi : usia pertengahan yakni kelompok usia 46-59 tahun, usia lanjut (*elderly*) yakni antara usia 60-74 tahun, tua (*old*) yaitu antara 75-90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) yaitu diatas 90 tahun (Setiabudi, 2005). Menurut Depkes RI tahun 1999 proses menua merupakan proses yang terus menerus secara alamiah dimulai sejak lahir dan setiap individu tidak sama cepatnya.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Friedman (2001), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga menurut Satiadarma (2004) merupakan bantuan atau sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya dalam

rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat didalam sebuah keluarga.

Keberhasilan perawatan di Rumah Sakit yakni pemberian obat akan menjadi sia-sia apabila tidak ditunjang oleh peran serta dukungan keluarga. Menurut Nurdiana (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan pasien dirumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan.

Hasil ini pun dipertegas oleh Dinosestro (2008), menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali dimasyarakat dan kehidupan sosialnya.

Kecemasan merupakan respons individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari yang ditandai dengan kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Suliswati dkk, 2005).

Perasaan cemas ini disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang mengancam, membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seorang individu atau kelompok biososialnya. Selain itu kecemasan adalah perasaan yang tidak nyaman yang terjadi karena takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka yang dianggap suatu ancaman.

Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil

menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan (Taylor, 1995). Pendapat ini diperkuat oleh pernyataan dari *Commission on the family* (1998, dalam Dolan dkk, 2006) bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari.

Setiap orang pasti pernah mengalami kecemasan pada saat-saat tertentu, dan dengan tingkat yang berbeda-beda. Hal tersebut mungkin saja terjadi karena individu merasa tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi hal yang mungkin menimpanya dikemudian hari. Disinilah peran keluarga menjadi sangat penting dalam merawat mereka sehingga akan menimbulkan perasaan aman dan nyaman pada lansia (Carpenito, 2000).

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antar anggota keluarga dengan adanya hubungan timbal balik, umpan balik dan keterlibatan emosional. Seseorang dengan kecemasan dengan ketidakmampuannya melakukan fungsi sosial tentunya sangat memerlukan adanya dukungan untuk menjadi individu yang lebih kuat dan menghargai diri sendiri sehingga dapat mencapai taraf kesembuhan yang lebih baik dan meningkatkan keberfungsian sosialnya. Tanpa dukungan keluarga, lansia akan sulit sembuh, serta mengalami perburukan.

Fenomena dilapangan menunjukkan fakta yang berbeda, yang berpengaruh

negatif bagi lansia. Dimana kurangnya dukungan dari orang-orang terdekat seperti saat mereka sedang sakit. Pola pikir serta pengetahuan keluarga yang kurang, serta kesibukan pada pekerjaan, membuat keluarga berpikir bahwa selama dirawat di Rumah Sakit lansia sudah cukup mendapatkan perawatan dari dokter dan perawat, mereka selalu menyerahkan semua kebutuhan lansia kepada perawatan Rumah Sakit, bahkan mereka hanya meninggalkan no handphone untuk dihubungi jika ada masalah, membiarkan lansia yang sakit dijaga oleh pasangannya yang juga lansia yang sama-sama sudah tua, menggunakan jasa Baby sitter untuk melayani keperluan mereka, terkadang membiarkan lansia tersebut sendirian dari masuk perawatan sampai pulang kerumah.

Hal ini menyebabkan kerugian bagi lansia, yang seharusnya mereka memperoleh dukungan sosial, secara emosional mereka merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Seperti yang dikemukakan oleh Kutjoro (2002) yang mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Kenyataannya lansia membutuhkan perhatian serta penanganan yang memadai dari berbagai pihak sebagai penyokong dan penopang kehidupannya, Terutama saat mereka sedang sakit dan dirawat dirumah sakit.

Data yang diperoleh sejak 3 bulan terakhir dari bulan Oktober sampai bulan Desember 2013 Jumlah lansia yang dirawat di Instalasi Rawat Inap 1 dan 2

RSUD Harapan Insan Sendawar adalah sebanyak 75 orang. Berdasarkan hasil survey dan data awal wawancara yang dilakukan peneliti dengan 36 lansia, 14 diantara mereka mengalami kecemasan, 4 orang mengalami sulit tidur, 3 orang merasa takut ditinggal sendiri dirumah sakit, 3 orang sering terbangun pada malam hari, 2 orang merasa kesepian apabila tidak ada yang menemani, 3 orang tidak dapat beristirahat dengan tenang, 2 orang mudah emosi, 1 orang sulit berkonsentrasi dan 4 orang selalau merasa sedih. Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada lansia di RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pra lansia di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.

- b. Mengidentifikasi tentang dukungan keluarga di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.
- c. Mengidentifikasi tentang kecemasan pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.
- d. Menganalisis tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat antara lain :

1. Manfaat Praktis
 - a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan acuan tentang dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan yang terjadi pada lansia.
 - b. Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga serta memberikan informasi dan pengetahuan tentang dukungan keluarga yang tepat untuk mengatasi kecemasan terutama pada lansia.
2. Manfaat Teoritis

Dari penelitian ini, penulis mengharapkan keluarga dapat menjalankan peran mereka dengan sebaik-baiknya agar dapat membantu lansia dalam mengatasi kecemasannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

Menurut Sarason (1983) dalam Zainudin (2002). Dukungan keluarga adalah keberatan, kesedihan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita, pandangan yang sama

juga dikemukakan oleh Cobb (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

Menurut Maryam dkk (2008) keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Dukungan keluarga

adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Pierce (2000) mendefinisikan dukungan sosial sebagai sumber emosional, informasional dan pendampingan yang diberikan oleh orang-orang sekitar individu untuk menghadapi setiap permasalahan dan krisis yang terjadi sehari-hari dalam kehidupan. Diamtteo (2000) mendefinisikan dukungan sosial sebagai dukungan atau bantuan yang berasal dari orang lain seperti teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang lainnya.

Sarafino (2006) menyatakan bahwa dukungan sosial mengacu pada memberikan kenyamanan pada orang lain, merawatnya atau menghargainya. Pendapat lain juga diungkapkan oleh Saroson (2001) yang menyatakan bahwa dukungan sosial adalah adanya interaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai.

2. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah (Fridman, 2001) yaitu :

- a. Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
- b. Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan dilingkungan.
- c. Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
- d. Fungsi ekonomis : untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.
- e. Fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
- f. Peran Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi perawatan kesehatan keluarga terdapat tugas-tugas keluarga yang harus dilaksanakan. Tugas perawatan keluarga antara lain menurut Friedman (2001) yaitu:

- a. Mengenal masalah setiap anggota keluarganya. 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 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 maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogyanya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian. Ini ada hubungannya dengan bagaimana keluarga dapat memodifikasi lingkungan sebagai sarana untuk menunjang perawatan kesehatan.
- e. Mempertahankan timbal balik antara masyarakat dan lembaga-lembaga kesehatan lainnya. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Peran Keluarga Dalam Pembinaan Lansia

a. Pembinaan agama atau religious

Mendorong dan membantu meningkatkan ketaqwaan kehidupan beragama melalui kegiatan pengajian, penyediaan sarana dan media.

b. Pembinaan fisik

Memberitahukan menyediakan makanan yang bergizi dan sesuai dengan lansia. Memotifasi lansia untuk tetap melakukan aktifitas dan olah raga ringan agar tetap bugar. Memberitahu lansia untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan gangguan kesehatan.

c. Membina mental dan jiwa

Apabila lansia tidak dapat menerima atau menyesuaikan diri dengan adanya perubahan tersebut dapat menimbulkan kecemasan, kekecewaan, mudah tersinggung. Oleh karena itu diharapkan keluarga dapat membantu lansia untuk mengatasinya.

d. Pembinaan sosial ekonomi

1) Keluarga diharapkan dapat menciptakan suasana yang menyenangkan bagi lansia dimana mereka masih diperhatikan dan dibutuhkan oleh keluarganya.

2) Motivasi untuk mengembangkan hobi atau melakukan pekerjaan yang ringan sebagai pengisi waktu agar lansia tetap aktif

- 3) Keluarga diharapkan dapat membantu, sehingga lansia dapat terpenuhi kebutuhannya dan tidak perlu merasa cemas akan kepastian hidup dihari tuanya

4. Jenis Dukungan Keluarga

Friedman (2001) mengatakan bahwa ada 4 bentuk dukungan keluarga yaitu :

a. Dukungan Informasi (*Informasi Support*)

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan *disseminator* (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu.

Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat

b. Dukungan Penilaian (*Apprasial Assistance*)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber

dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan Materi (*Tangible Assistance*)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress.

d. Dukungan emosional (*Emosional Support*)

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

5. Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2001), dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang

bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal.



6. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2001).

Efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Friedman, 2001).

7. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri

Dukungan keluarga yang baik seseorang dapat mengurangi stress misalnya dengan menyibukkan diri. Dukungan keluarga yang positif sebanding dibawah intensitas stress yang tinggi dan rendah, misalnya

yang seseorang dengan dukungan keluarga tinggi dapat memiliki harga diri lebih tinggi sehingga tidak mudah terserang stress.

Peran keluarga mempunyai pengaruh yang sangat tinggi dalam harga diri, sebuah keluarga yang memiliki harga diri yang rendah akan tidak mempunyai kemampuan dalam membangun harga diri anggota keluarganya dengan baik, keluarga akan memberikan umpan balik yang negatif dan berulang-ulang akan merusak harga diri bagi penderita, harga dirinya akan terganggu jika kemampuannya menyelesaikan masalahnya tidak adekuat.

8. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2001), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian dari pada anak dari keluarga yang besar.

Selain itu, dukungan yang diberikan orang tua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia. Ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bias merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat

pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2006).

Kecemasan adalah suatu keadaan kekhawatiran pikiran, ketakutan atau perasaan tidak berdaya yang berhubungan terhadap ancaman atau kemampuan mengantisipasi bahaya yang tidak teridentifikasi bagi individu (Kozier, 2004). Sedangkan menurut Molly (2000), cemas merupakan bagian integral dari pengalaman individu yang umum. Untuk sebagian masyarakat, terkadang cemas tidak jelas, subyektif, perasaan khawatir yang tidak spesifik dengan obyek yang tidak dapat diidentifikasi dan hasil dari ancaman eksternal terhadap integritas individu.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian kecemasan adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami gelisah, kekhawatiran dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya. Kecemasan merupakan manifestasi emosi yang bercampur baur dan dialami oleh individu sebagai suatu reaksi terhadap ancaman, tekanan, kekhawatiran yang mempengaruhi fisik dan psikis (Supriyantini, 2010).

2. Faktor-Faktor Penyebab Kecemasan

a. Faktor Biologis

Kecemasan terjadi akibat dari reaksi saraf otonom yang berlebihan dengan naiknya sistem simpatis, terjadi peningkatan pelepasan katekolamin dan naiknya *norepineprin*.

b. Faktor Psikologis

Ditinjau dari aspek psikoanalisa kecemasan dapat muncul akibat impuls-impuls bawah sadar (misalnya: sex, agresi, dan ancaman) yang masuk kealam sadar. Mekanisme pembekalan ego yang tidak sepenuhnya berhasil juga dapat menimbulkan kecemasan yang mengambang. Reaksi pergeseran dapat mengakibatkan reaksi fobia.

c. Faktor Sosial

Menurut teori belajar emosi dapat terjadi oleh karena frustasi, tekanan, konflik atau keadaan yang menurutnya tidak disukai oleh orang lain yang berusaha memberikan penilaian atas opininya.

d. Faktor Predisposisi

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping yang dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan (Stuart dan Sunden, 2007), yaitu :

e. Faktor Psikoanalitik

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Ide mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

f. Faktor Interpersonal

Bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah terutama mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat, faktor interpersonal terdiri dari :

1) Faktor Perilaku

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

2) Faktor Keluarga

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan kecemasan dan gangguan kecemasan dengan depresi.

3. Faktor Penyebab Kecemasan

Faktor ini terbagi menjadi 2 yaitu faktor lingkungan dan faktor individu.

Faktor lingkungan adalah tuntutan terhadap diri sendiri yang berasal dari rumah, tempat kerja atau sekolah, dan dari kehidupan pribadi. Faktor individu adalah kehidupan pribadi. Ciri kepribadian, tingkat sosial, jenis kelamin dan usia individu. Pada umumnya, semakin bertambah usia, maka semakin percaya diri, dan semakin merasa kemampuan dalam menangani masalah lebih baik (Supriyantini, 2010).

Menurut Ramaiah (2009), penyebab kecemasan individu yaitu:

- a. Lingkungan mempengaruhi cara berfikir, dalam arti cara berfikir dipengaruhi oleh pengalaman yang diperoleh dari lingkungan keluarga, sahabat, rekan kerja, terutama pengalaman yang berkenaan rasa tidak aman terhadap lingkungan.
- b. Emosi yang ditekan, yaitu kecemasan bisa terjadi karena tidak mampu menemukan jalan keluar dalam hubungan interpersonal, terutama jika menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu lama.

- c. Sebab-sebab fisik sebagai interaksi antara pikiran dan tubuh bisa menimbulkan kecemasan, misalnya pada masa remaja, menghadapi ujian, dan sewaktu pulih dari penyakit.
- d. Keturunan, yaitu kecemasan seseorang bisa timbul dalam keluarga yang sering mengalami kecemasan, walaupun keterikatan antara kecemasan seseorang dengan keadaan keluarga tidak meyakinkan.

Faktor Presipitasi Kecemasan

Menurut Stuart (2006), stresor pencetus kecemasan mungkin berasal dari sumber internal maupun eksternal. Stresor dapat dikelompokkan dalam dua kategori yaitu:

1) Integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang dan menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas ancaman terhadap hidup sehari-hari. Ancaman ini sangat mungkin atau dapat terjadi pada lansia.

2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terinterogasi dalam diri seseorang.

4. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) tingkat kecemasan ada 4 yaitu:

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Respon cemas ini seperti sesekali nafas pendek, tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, bibir bergetar, menyelesaikan masalah secara selektif, tidak dapat duduk dengan tenang, tremor halus pada tangan.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon kecemasan ini seperti sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, gelisah, lapang pandang menyempit, rangsang dari luar tidak mampu diterima, bicara banyak, susah tidur, dan perasaan tidak enak.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan ini mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan

spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Respon kecemasan ini seperti nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, sakit kepala, penglihatan kabur, ketegangan, lapang persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah, verbalitas, dan perasaan ancaman meningkat.

d. Kecemasan Berat Sekali atau Tingkat Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, orang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik mengakibatkan disorganisasi kepribadian. Panik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, kehilangan pemikiran rasional. Respon kecemasan ini seperti nafas pendek, rasa tercekik, palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, lapang persepsi sangat sempit, marah, ketakutan, berteriak-teriak, dan persepsi kacau.

Menurut Pieter dan Lubis dikutip dari Yuniarahmi (2011) gejala-gejala kecemasan dibagi berdasarkan tingkatannya, yaitu :

Tabel. 2.1 Gejala Kecemasan Menurut Tingkatnya

Tingkatan	Gejala Fisik	Gejala Psikologis
Ringan	a. Sesekali sesak nafas b. Nadi dan tekanan darah naik c. Gangguan ringan pada lambung d. Mulut berkerut e. Bibir gemetar	a. Persepsi meluas b. Masih mampu menerima stimulus yang kompleks c. Mampu berkonsentrasi d. Mampu menyelesaikan masalah e. Gelisah
Sedang	a. Sesak nafas pendek b. Nadi dan tekanan darah meningkat c. Mulut kering d. Bibir gemetar	a. Persepsi menyempit b. Tidak mampu menerima rangsangan c. Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya d. Gerakan tersentak e. Meremasi tangan f. Bicara banyak dan cepat g. Insomnia h. Perasaan tak aman i. Gelisah
Berat	a. Nafas pendek b. Tekanan darah dan nadi naik c. Berkeringat d. Sakit kepala e. Penglihatan kabur f. Ketegangan	a. Lapangan persepsi sangat sempit b. Tidak mampu menyelesaikan masalah c. Perasaan terancam d. Verbalisasi cepat e. Blocking

Panik	<ul style="list-style-type: none"> a. Nafas pendek b. Tekanan darah dan nadi naik c. Aktivitas motorik meningkat d. Ketegangan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Lapangan persepsi sempit b. Hilangnya rasional c. Tidak dapat melakukan aktivitas d. Perasaan tidak akan aman atau terancam semakin meningkat e. Menurunnya hubungan dengan orang lain f. Tidak dapat kendalikan diri
-------	--	---

5. Sumber dan Mekanisme Koping

Menurut Suliswati dkk (2005) dan Stuart dan Sundeen (2007), individu dapat menanggulangi stres dan kecemasan dengan menggunakan sumber koping dari lingkungan baik dari sosial, dan interpersonal. Sumber tersebut adalah aset ekonomi, kemampuan memecahkan masalah, dukungan social dan keyakinan budaya. Dengan sumber tersebut individu dapat mengambil strategi koping yang efektif. Apabila individu sedang mengalami kecemasan ia akan mencoba menetralisasi, mengingkari atau meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola koping. Pada kecemasan ringan, mekanisme koping yang digunakan yaitu menangis, tidur, makan, tertawa, berkhayal, memaki, merokok, olahraga, mengurangi kontak mata dengan orang lain, membatasi diri dengan orang lain. Mekanisme koping untuk mengatasi kecemasan ringan, sedang, berat dan panik ada dua yaitu:

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari, dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistis tuntutan situasi stres dengan cara perilaku menyerang, perilaku menarik diri, perilaku kompromi.
- b. Mekanisme pertahanan ego. Koping ini tidak selalu sukses dalam mengatasi masalah. Mekanisme ini seringkali digunakan untuk melindungi diri sendiri.

6. Respon Terhadap Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (2007) respon terhadap kecemasan ada 4 aspek yaitu:

a. Respon fisiologis

- 1) Kardiovaskuler, meliputi: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
- 2) Pernafasan, meliputi: nafas sangat pendek, nafas sangat cepat, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, dan terengah-engah.
- 3) Neuromuskuler, meliputi: refleks meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor frigiditas, wajah tegang, kelemahan umum kaki goyah, gerakan yang janggal.
- 4) Gastrointestinal, meliputi: kehilangan nafsu makan, menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, diare.

- 5) Traktus urinarius, meliputi: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit, meliputi: wajah kemerahan sampai telapak tangan, gatal, rasa panas, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon perilaku

Respon perilaku yang sering terjadi yaitu gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang kordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik diri masalah, menghindar, hiperventilasi.

c. Respon kognitif

Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berfikir bidang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, takut pada gambar visual, takut pada cedera dan kematian.

d. Respon afektif

Mudah tersinggung, tidak sabar, gelisah, tegang, nervus, ketakutan, alarm, teror, gugup, gelisah.

7. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Lansia

a. Faktor Internal

Menurut Noorkasiani dan Tamher (2009), pada setiap stressor seseorang akan mengalami kecemasan, baik ringan, sedang,

maupun berat. Lansia dalam pengalaman hidupnya tentu diwarnai oleh masalah psikologi berupa kehilangan dan kecemasan. Adapun mekanisme coping pada usia lanjut dipengaruhi oleh :

1) Usia

Usia mempengaruhi psikologi seseorang. Semakin bertambah usia seseorang, semakin siap pula dalam menerima cobaan dan berbagai masalah.

2) Jenis kelamin

Wanita lebih siap dalam menghadapi masalah dibandingkan laki-laki, karena wanita lebih mampu menghadapi masalah dari pada kaum laki-laki yang cenderung lebih emosional.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah akan menyebabkan seseorang tersebut mengalami kecemasan, semakin tinggi tingkat pendidikannya akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir. Umumnya lansia yang mempunyai tingkat pendidikan lebih tinggi masih dapat produktif.

4) Motivasi

Adanya motivasi akan sangat membantu individu dalam menghadapi masalah. Individu yang tidak mempunyai motivasi untuk menghadapi dan menyelesaikan masalah akan membentuk coping yang destruktif.

b. Faktor Eksternal

1) Dukungan keluarga

Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat.

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial sebagai sumber koping, dimana kehadiran orang lain dapat membantu seseorang mengurangi kecemasan.

8. Gejala Kecemasan

Gejala umum kecemasan terbagi menjadi dua, yaitu gejala psikologik dan gejala fisik, gejala psikologik meliputi ketegangan, khawatir, panik, takut mati dan sebagainya. Sedangkan gejala fisik meliputi gemetar, berkeringat, jantung berdebar, gangguan dilambung, dan lain-lain (Sadock, 2007).

Ada 4 tanda-tanda umum dari kecemasan (Supriyantini, 2010)

- a. Pada emosi ; gugup, susah tidur.
- b. Pada jantung dan pernafasan ; jantung berdebar, tangan dingin, sesak nafas.
- c. Pada otot; tangan bergetar, punggung terasapegal, tegang, kaku dan sebagainya.

- d. Pada lambung dan usus ; perut terasa tidak enak, susah buang air besar, atau diare.

9. Cara Mengukur Kecemasan

Menurut Hamilton yang dikutip Nursalam (2008) tingkat kecemasan dapat diukur menggunakan HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*), yaitu sebagai berikut:

a. Penilaian

- 0 : Tidak ada (tidak ada gejala sama sekali)
 1 : Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada)
 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada)
 3 : Berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada)
 4 : Sangat berat (semua gejala ada)

b. Penilaian Derajat Kecemasan

- < 6 : Tidak ada kecemasan
 6-14 : Kecemasan ringan
 15-27 : Kecemasan sedang

- > 27 : Kecemasan berat

c. Adapun aspek yang dapat diukur sebagai berikut :

- 1) Perasaan cemas, ditandai dengan firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung
- 2) Ketegangan yang ditandai oleh merasa tegang, lesu, mudah terkejut, tidak dapat istirahat dengan nyenyak, mudah menangis, gemetar; gelisah memikirkan biaya perawatan rumah sakit

- 3) Ketakutan ditandai oleh pada gelap, ditinggal sendiri (pasien tidak boleh ditunggu), pada orang asing (perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya), pada peralatan yang melekat di tubuh, pada kerumunan orang banyak
- 4) Gangguan tidur ditandai oleh sukar memulai tidur, terbangun malam hari, tidak pulas, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan
- 5) Gangguan kecerdasan ditandai oleh daya ingat buruk, sulit berkonsentrasi, sering bingung
- 6) Perasaan depresi ditandai oleh kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari
- 7) Gejala somatik (otot-otot) ditandai oleh nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemertak, suara tidak stabil
- 8) Gejala sensorik ditandai oleh telinga berdenging, penglihatan kabur, mata merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- 9) Gejala kardiovaskuler ditandai oleh dada berdebar-debar;; nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.
- 10) Gejala pernapasan ditandai oleh rasa tertekan didada, perasaan tercekik, merasa napas pendek atau sesak, sering menarik napas panjang.
- 11) Gejala gastrointestinal (pencernaan) ditandai oleh sulit menelan, mual, muntah, nyeri lambung sebelum atau sesudah

makan, rasa panas diperut, perut terasa penuh atau kembung, rasa enek, berak lembek atau keras

12) Sistem urogenetalia ditandai oleh sering kencing, tidak dapat menahan kencing.

13) Gejala vegetatif atau otonom ditandai oleh mulut kering, muka kering, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, bulu roma berdiri.

14) Perilaku selama dirawat ditandai oleh gelisah, tidak tenang, jari gemetara, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, otot tegang, napas pendek dan cepat, muka merah.

C. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Menurut Constantinides (1994) dalam Nugroho (2000) mengatakan bahwa menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4), UU No. 13 Tahun 1998 tentang kesehatan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam dkk, 2008).

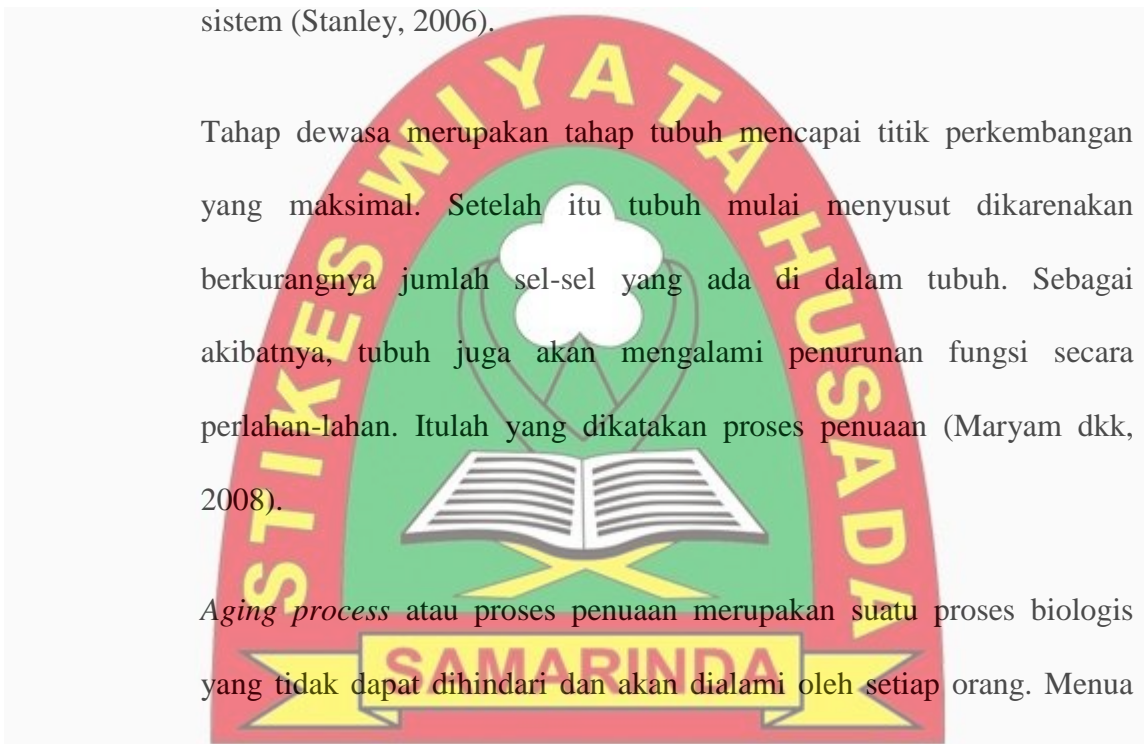
2. Proses Penuaan

Penuaan adalah normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Ini merupakan suatu fenomena yang kompleks multidimensional yang dapat diobservasi di dalam satu sel dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem (Stanley, 2006).

Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada di dalam tubuh. Sebagai akibatnya, tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan. Itulah yang dikatakan proses penuaan (Maryam dkk, 2008).

Aging process atau proses penuaan merupakan suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap orang. Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan (gradual) kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti serta mempertahankan struktur dan fungsi secara normal, ketahanan terhadap cedera, termasuk adanya infeksi.

Proses penuaan sudah mulai berlangsung sejak seseorang mencapai dewasa, misalnya dengan terjadinya kehilangan jaringan pada otot, susunan saraf, dan jaringan lain sehingga tubuh ‘mati’ sedikit demi



sedikit. Sebenarnya tidak ada batasan yang tegas, pada usia berapa kondisi kesehatan seseorang mulai menurun. Setiap orang memiliki fungsi fisiologis alat tubuh yang sangat berbeda, baik dalam hal pencapaian puncak fungsi tersebut maupun saat menurunnya. Umumnya fungsi fisiologis tubuh mencapai puncaknya pada usia 20-30 tahun. Setelah mencapai puncak, fungsi alat tubuh akan berada dalam kondisi tetap utuh beberapa saat, kemudian menurun sedikit demi sedikit sesuai dengan bertambahnya usia (Mubarak, 2009).

Pengaruh proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah, baik secara biologis, mental, maupun ekonomi. Semakin lanjut usia seseorang, maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun, sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya (Tamher, 2009). Oleh karena itu, perlu perlu membantu individu lansia untuk menjaga harkat dan otonomi maksimal meskipun dalam keadaan kehilangan fisik, sosial dan psikologis (Smeltzer, 2001).

3. Batasan-Batasan Usia Lanjut

Batasan umur lansia berikut ini adalah batasan umur yang mencakup batasan umur lansia dari pendapat berbagai ahli yang di kutip dari Nugroho (2000). Menurut undang-undang No 13 Tahun 1998 dalam bab 1 ayat 2 yang berbunyi lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Nugroho (2000), dikelompokkan menjadi 4 meliputi :

- a. Usia pertengahan (*middle age*) yaitu usia 45-59 tahun.
 - 1) Usia lanjut (*elderly*) yaitu kelompok usia 60-70 tahun.
 - 2) Usia lanjut tua (*old*) yaitu kelompok usia 70-75 tahun.
 - 3) Usia sangat tua (*very old*) yaitu usia di atas 90 tahun.

b) Menurut Dr. Hardywinoto batasan-batasan lanjut usia meliputi :

- 1) Masa virilitas atau menjelang usia lanjut antara 40-50 tahun
- 2) Masa presenium, antara 55-64 tahun
- 3) Masa senium, antara 65 tahun hingga tutup usia.

c) Klasifikasi berikut ini adalah lima klasifikasi pada lansia, menurut (Depkes RI, 2003) dalam Maryam (2008) :

- 1) Pralansia (prasenilis), yaitu seseorang yang berusia antara 45-59 tahun
- 2) Lansia, yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- 3) Lansia resiko tinggi, yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 4) Lansia potensial, yaitu lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.

- 5) Lansia tidak potensial, yaitu lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

4. Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lansia

a. Perubahan Fisik

Keadaan fisik merupakan faktor utama dari kegelisahan manusia.

Menurut Nugroho (2000) perubahan fisik yang terjadi pada lansia yaitu sistem persyarafan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, respirasi, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin, integumen, muskuluskeletal. Dengan demikian orang lanjut usia harus menyesuaikan diri kembali dengan ketidakberdayaannya.

b. Perubahan Mental

Pada umumnya lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Menurut Nugroho (2000), faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu: perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat

pendidikan, keturunan, lingkungan. Dari segi mental emosional lansia sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan tidak aman dan cemas, adanya kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut di terlantarkan karena tidak berguna lagi.

Menurut Maryam dkk (2008), perubahan mental pada lansia meliputi short term memory, frustrasi, kesepian, takut kehilangan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi dan kecemasan.

c. Perubahan Psikososial

Masalah-masalah ini serta reaksi individu terhadapnya akan sangat beragam, tergantung kepada kepribadian individu yang bersangkutan. Menurut Nugroho (2000), menurunnya kondisi psikososial ditandai dengan merasakan atau sadar akan kematian, penyakit kronis dan ketidakmampuan, perubahan dalam cara hidup yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit, ekonomi akibat pemberhentian dari pekerjaan, rangkaian dari kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga, gangguan sosial panca indra yaitu timbul ketulian.

5. Permasalahan yang Terjadi pada Lansia


Menurut Maryam dkk (2008) masalah kesehatan jiwa yang sering timbul pada lansia adalah: depresi, insomnia, paranoid, demensia dan kecemasan yaitu ketegangan rasa tidak aman dan khawatir yang timbul karena dirasakan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan tetapi sumber sebagian besar tidak diketahui dan berasal dari dalam.

Ditandai dengan perasaan takut atau khawatir yang tidak rasional akan kejadian yang akan terjadi, sulit tidur, sepanjang malam, rasa tegang dan

cepat marah, sering mengeluh akan gejala yang ringan atau takut terhadap penyakit jantung yang sebenarnya tidak dideritanya, sering membayangkan hal-hal yang menakutkan, rasa panik terhadap masalah yang ringan (Depkes RI, 2002).

6. Tipe Lansia

Beberapa tipe pada lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental sosialo dan ekonominya (Nugroho, 2000). Tipe tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

- 
- a. Tipe arif bijaksana, yaitu kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukkan, undangan dan menjadi panutan.
 - b. Tipe mandiri, yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
 - c. Tipe tidak puas, yaitu konflik lahir batin menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.
 - d. Tipe pasrah, yaitu menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.
 - e. Tipe bingung, yaitu kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

7. Permasalahan yang timbul Pada Lansia

a. Permasalah Umum

- 1) Bersarnya jumlah penduduk lansia dan tingginya prosentase kenaikan lansia memerlukan upaya peningkatan kualitas pelayanan dan pembinaan kesehatan bagi lanjut usia. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2000 akan meningkat menjadi 209.535.49. jiwa dan jumlah lansianya 15.262.199., berarti 7.28% (Anwar, 1994). Menurut Kinsilla dan Taeuber (2003) peningkatan penduduk lansia dalam waktu 1990-2000 sebesar 41% dan merupakan yang tertinggi didunia (Darmojo, 1999).
- 2) Jumlah lansia miskin makin banyak
- 3) Nilai perkerabatan melemah, tatanan masyarakat makin individualistic
- 4) Rendahnya kualitas dan kuantitas tenaga profesional yang melayani lansia
- 5) Terbatasnya sarana dan fasilitas pelayanan bagi lansia
- 6) Adanya dampak pembangunan yang merugikan seperti urbanisasi dan populasi pada kehidupan dan penghidupan lansia.

b. Permasalahan Khusus

- 1) Terjadinya perubahan normal pada fisik lansia
Perubahan normal (alami) tidak dihindari cepat dan lambatnya perubahan dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, sosial, ekonomi

dan medik. Perubahan akan terlihat pada jaringan organ tubuh seperti: kulit menjadi kering dan keriput, rambut beruban dan rontok, penglihatan menurun sebagian dan menyeluruh, pendengaran juga berkurang, daya penciuman berkurang, tinggi badan menyusut karena proses ostoporosis yang berakibat badan bungkuk, tulang keropos masanya berkurang, kekuatan berkurang dan mudah patah, elastisitas jaringan paru berkurang, nafas menjadi pendek, terjadi pengurangan fungsi organ di dalam perut, dinding pembuluh darah menebal dan terjadi peningkatan tekanan darah, otot bekerja tidak efisien, terjadi penurunan fungsi organ reproduksi terutama ditemukan pada wanita, otak menyusut dan reaksi menjadi lambat terutama pada pria dan seksualitas tidak selalu menurun.

2) Terjadi perubahan abnormal pada fisik lansia

Perubahan fisik pada lansia dapat diperbaiki dan dapat dihilangkan melalui nasehat atau tindakan medik. Perubahan yang terjadi misalnya: katarak, kelainan sendi, kelainan prostat dan inkontenensia.

8. Masalah-Masalah Yang Menyertai Lansia

- a. Ketidakberdayaan fisik yang menyebabkan ketergantungan pada orang lain,
 - 1) Ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidupnya,

- 2) Membuat teman baru untuk mendapatkan ganti mereka yang telah meninggal atau pindah,
- 3) Mengembangkan aktifitas baru untuk mengisi waktu luang yang bertambah banyak dan
- 4) Belajar memperlakukan anak-anak yang telah tumbuh dewasa.

Berkaitan dengan perubahan fisik, Hurlock mengemukakan

bahwa perubahan fisik yang mendasar adalah perubahan gerak

9. Ciri – Ciri Penyesuaian Yang Tidak Baik Dari Lansia
 - a. Minat sempit terhadap kejadian di lingkungannya.
 - b. Penarikan diri ke dalam dunia fantasi
 - c. Selalu mengingat kembali masa lalu
 - d. Selalu khawatir karena pengangguran,
 - e. Kurang ada motivasi,
 - f. Rasa kesendirian karena hubungan dengan keluarga kurang baik,
 - g. Tempat tinggal yang tidak diinginkan
10. Tugas Perkembangan Lansia

Lansia harus menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik yang terjadi seiring penuaan. Waktu dan durasi perubahan ini bervariasi pada tiap individu, namun seiring penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi tubuh akan terjadi. Perubahan ini tidak dihubungkan dengan penyakit dan merupakan perubahan normal. Adanya penyakit terkadang

mengubah waktu timbulnya perubahan atau dampaknya terhadap kehidupan sehari-hari.

Adapun tugas perkembangan pada lansia dalam adalah beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kualitas hidup (Potter & Perry, 2009).

11. Imobilisasi Dan Intoleransi Aktifitas Lansia

Imobilisasi adalah pergerakan yang memberikan kebebasan dan kemandirian bagi seseorang. Walau pun jenis aktifitas berubah sepanjang kehidupan manusia, imobilisasi adalah pusat untuk berpartisipasi dan menikmati kehidupan. Mempertahankan imobilisasi optimal sangat penting untuk kesehatan mental dan fisik semua lansia. Tujuannya adalah:

- a. Mengidentifikasi pentingnya mempertahankan imobilisasi pada lansia.
- b. Menggambarkan dampak fisiologis dari imobilisasi dan ketidakefektifa

- c. Menggambarkan intervensi yang tepat yang mengarah pada pencegahan primer, skunder, dan tersier dari imobilisasi dan intoleransi aktifitas.
- d. Membuat daftar keuntungan-keuntungan fisiologis, psikologis dan psikososial dari program latihan untuk lansia.
- e. Menggambarkan komponen esensial dari program latihan fisik

secara teratur kepada lansia

- f. Menggambarkan program latihan yang tepat bagi klien lansia dan intoleransi aktifitas.

12. Gambaran Tingkat Kemandirian Lansia

Lansia yang mandiri adalah lansia yang kondisinya sehat dalam arti luas masih mampu untuk menjalankan kehidupan pribadinya (Partini, 2005).

Kemandirian pada lansia meliputi kemampuan lansia dalam melakukan aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian rapi, pergi ke toilet, berpindah tempat, dapat mengontrol BAK atau BAB, serta dapat makan sendiri (Ranah, 2006).

Aktifitas Kehidupan sehari - hari pada Lansia. Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari secara mandiri penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2008).

Menurut (Maryam, 2008) dengan menggunakan indeks kemandirian Katz untuk AKS yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah ke kamar mandi dan berpakaian. Dapat diberi penilaian dalam melakukan aktifitas sehari-hari sebagai berikut:

a. Mandi

1) Mandiri : bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.

2) Bergantung : bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.

b. Berpakaian

1) Mandiri : menganbil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing / mengikat pakaian.

2) Bergantung: tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.

c. Kamar kecil

1) Mandiri : masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri.

2) Bergantung : menerima bantuan untuk masuk kamar kecil dan menggunakan pispot.

d. Berpindah

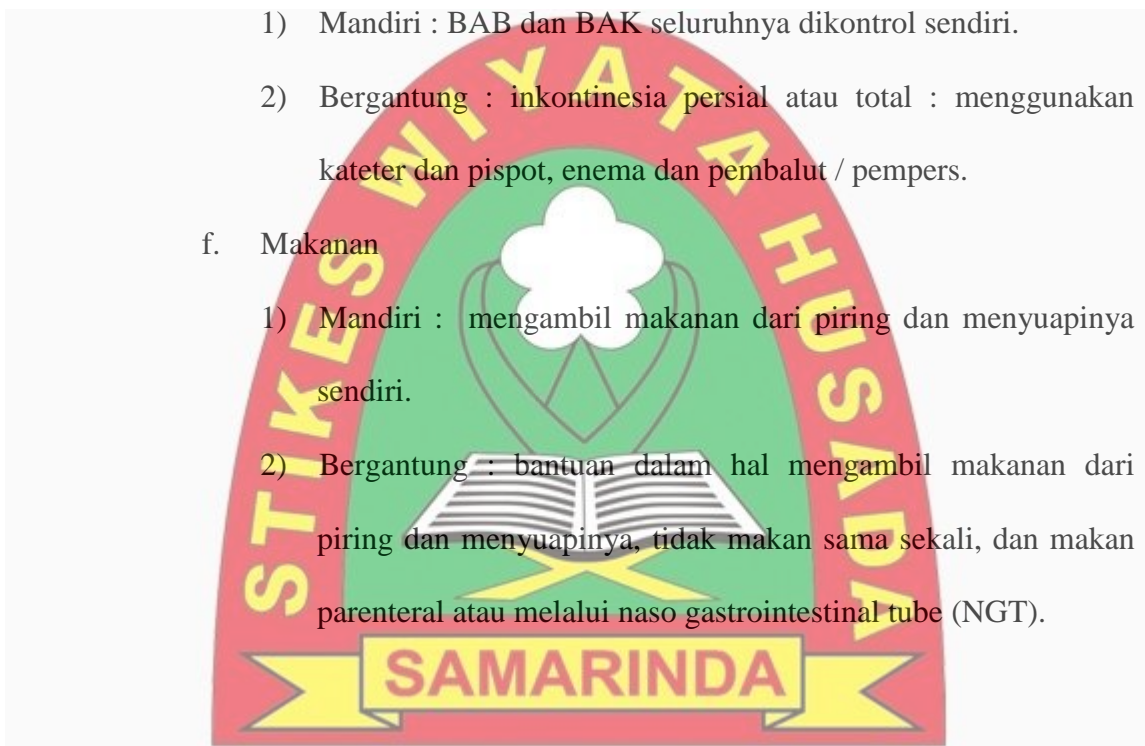
- 1) Mandiri : berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiri.
- 2) Bergantung : bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan sesuatu atau perpindahan.

e. Kontinen

- 1) Mandiri : BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri.
- 2) Bergantung : inkontinesia persial atau total : menggunakan kateter dan pispot, enema dan pembalut / pempers.

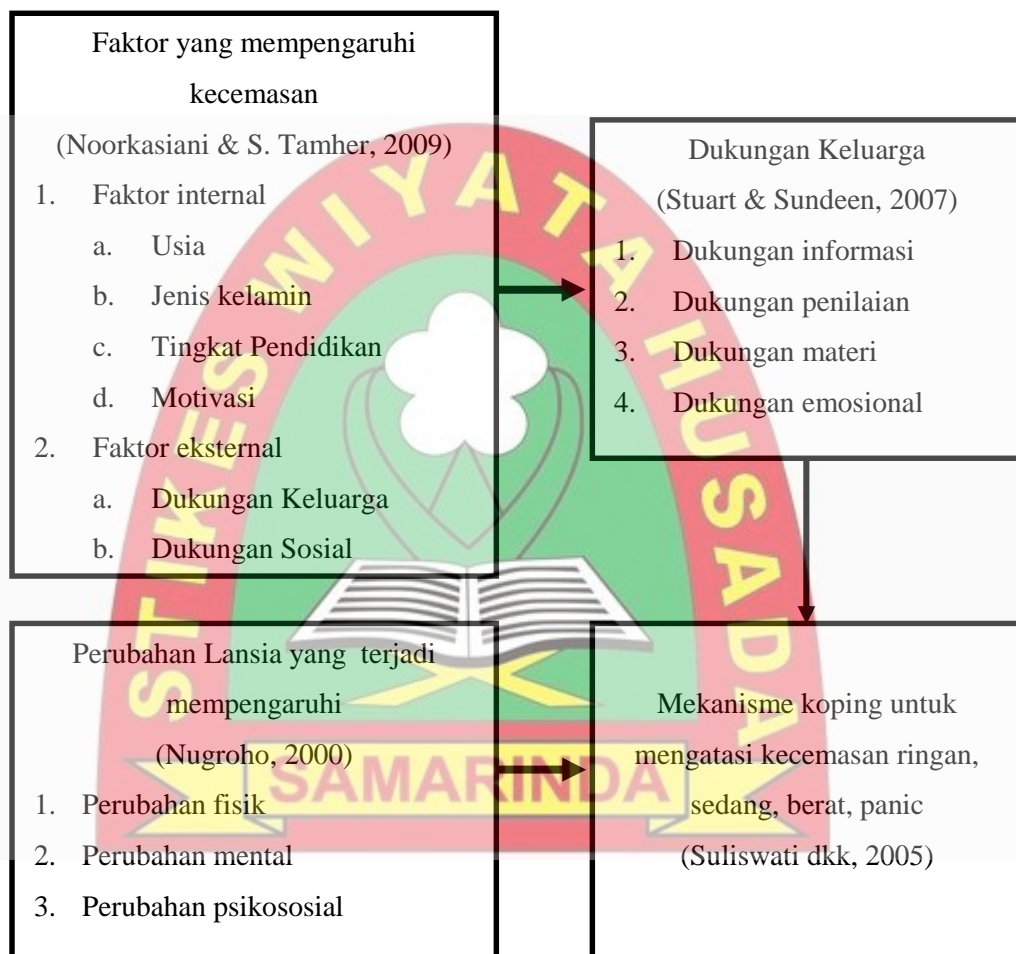
f. Makanan

- 1) Mandiri : mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri.
- 2) Bergantung : bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral atau melalui naso gastrointestinal tube (NGT).



D. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah kesimpulan dari tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep-konsep teori yang dipergunakan atau berhubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan (Budiarto, 2004).



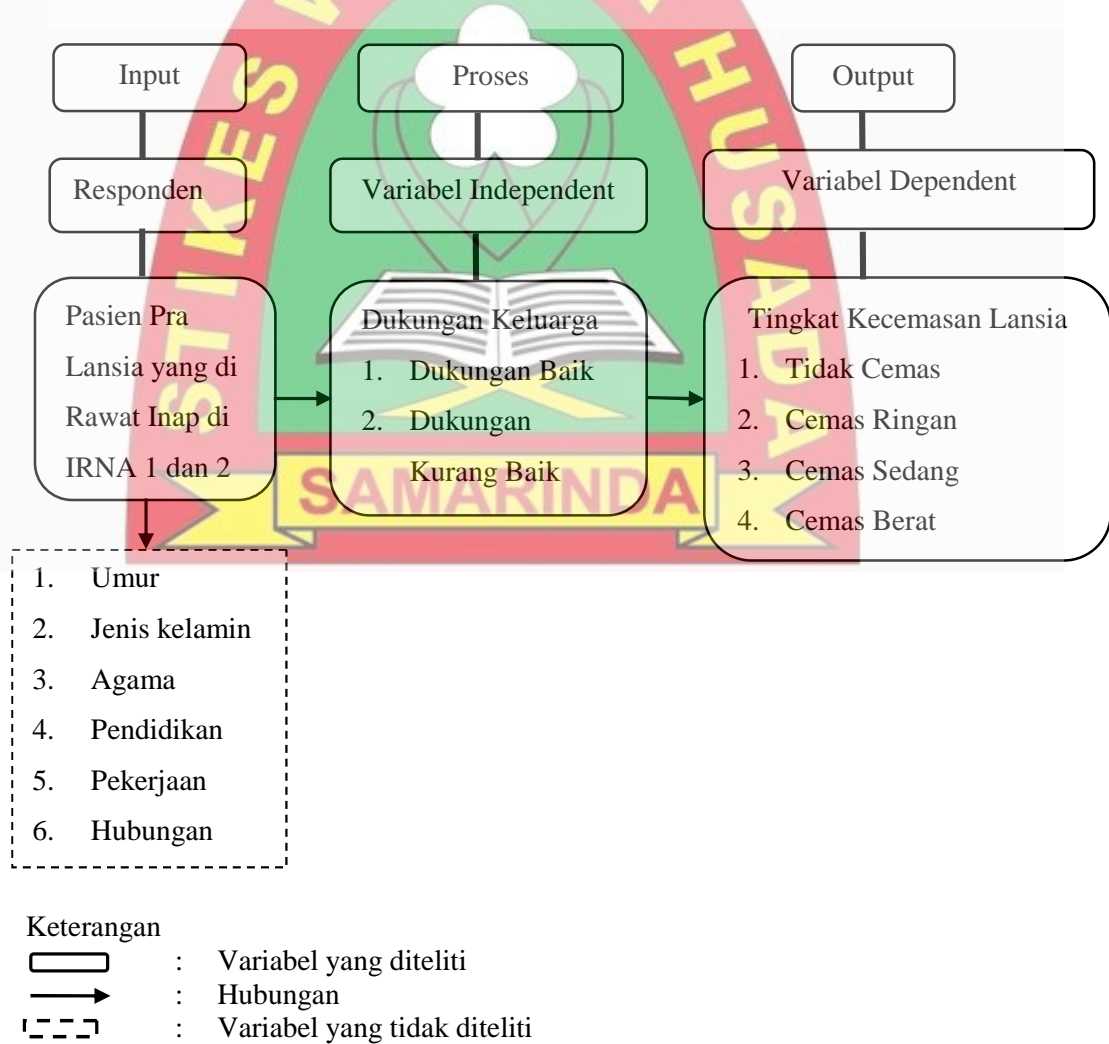
Gambar 2.1 Skema Kerangka Teori

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA
DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang akan diteliti (Setiadi, 2007).

Gambar 3.1 Skema Kerangka Konseptual



B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji keasliannya secara empiris (Nursalam, 2010). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut. Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

1. Hipotesis Kerja (H_a)

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat

2. Hipotesis Statistik (H_o)

Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat

C. Definisi Operasional

Menurut Alimul (2009), definisi operasional adalah mendefenisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Devinisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen Dukungan Keluarga	Suatu bantuan dan motivasi yang diberikan oleh keluarga yang dinilai dari segi dukungan emosional, fisik, informasi, penghargaan dan komunikasi	Kuesioner B skala likert yang terdiri dari 25 1 : jarang 2:kadang-kadang 3 : sering 4 :selalu	Kuesioner	0 : tidak ada dukungan keluarga jika median < 96 1 : Ada dukungan keluarga jika median 96	Ordinal
Dependen Tingkat kecemasan pada lansia	Suatu keadaan di mana seseorang mengalami kegelisahan yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya	Kuesioner C skala HARS yang terdiri dari 14 gejala dari kecemasan,	Kuesioner	1. skor < 6 (tidak ada kecemasan) 2. 6 – 14 (kecemasan ringan) 3. 15 - 27 (kecemasan sedang) 4. > 27 (kecemasan berat)	Ordinal
Karakteristik responden Umur	Umur responden yang dihitung sejak tanggal lahir sampai dengan waktu penelitian yang dinyatakan dalam tahun		Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	Usia 45-59 tahun	Ordinal

Jenis Kelamin	Perbandingan banyaknya pasien hipertensi antara laki-laki dengan perempuan	1. Laki-laki 2. Perempuan	Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	1 : Laki-Laki 2 : Perempuan	Ordinal
Agama	Suatu keyakinan yang dianut oleh setiap orang	1. Islam 2. Hindu 3. Budha 4. Khatolik 5. Protestan	Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	1 : Islam 2 : Hindu 3 : Budha 4 : Khatolik 5: Protestan	
Pendidikan	Jenis pendidikan formal yang terakhir yang diselesaikan oleh responden	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	1 : SD 2 : SMP 3 : Diploma 4 : Sarjana	Ordinal
Pekerjaan	Suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari	1. IRT 2. Wiraswasta 3. Swasta 4. PNS 5. Tidak Bekerja	Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	1 : IRT 2 : Wiraswasta 3 : Swasta 4 : PNS 5 : Tidak Bekerja	Ordinal
Hubungan	Suatu ikatan yang memiliki hubungan darah dari seseorang	1. Ayah 2. Ibu 3. Anak 4. Suami/istri	Data demografi yang diisi dengan memberikan tanda check list	1 : ayah 2 : ibu 3 : anak 4 : suami/istri	Ordinal



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yang menunjukkan hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan. Pendekatan *cross sectional* adalah menekankan pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalama, 2008).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi merupakan seluruh subjek atau objek yang tertentu yang akan di teliti. Bukan hanya subjek atau objek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tersebut (Hidayat, 2009).

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien yang sejak 3 bulan terakhir dari bulan Oktober sampai bulan Desember 2013 Jumlah lansia yang dirawat di Instalasi Rawat Inap 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar adalah sebanyak 75 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang akan diteliti (Arikunto, 2002). Dalam penelitian ini yang dipilih sebagai subjek penelitian hanya pasien yang dirawat di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar yang sesuai dengan kriteria. Adapun kriteria sampel yang akan diteliti yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum setiap penelitian dari suatu populasi suatu target dan terjangkau untuk diteliti atau karakteristik sampel yang layak diteliti (Nursalam, 2003). Adapun kriteria inklusi sampel yang akan diteliti adalah :

- 1) Lansia baik laki-laki dan perempuan yang berusia 40-50 tahun
- 2) Lansia yang tidak bisa membaca tetapi bersedia menjadi responden (di bantu oleh peneliti)
- 3) Lansia yang dirawat inap ruang 1 dan 2
- 4) Lansia yang tidak mengalami gangguan mental atau jiwa
- 5) Lansia yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subyek memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat di ikut sertakan dalam penelitian yang meliputi

- 1) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran

3. Besar Sampel

Besar sampel pada penelitian ini di tentukan dengan melihat umur responden dimana menurut (Depkes RI, 2003) dalam Maryam (2008) usia pralansia (prasenelis) ialah berusia diantara 45-59 tahun. Jumlah sampel yang diambil berdasarkan penggolongan tersebut adalah sebanyak 44 responden.

4. Teknik sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Pada penelitian ini sampling dilakukan secara *non probability sampling*, dan teknik yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Wibisono, 2010).

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian telah dilakukan di ruang IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian telah dilakukan selama 1 bulan yaitu dari awal bulan Juni sampai dengan akhir bulan Juni 2014

D. Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen penelitian

Alat atau instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data, kegiatan tersebut menjadi sistematis (Buchari, 2006). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan instrument penelitian berupa kuesioner yang belum baku untuk mengukur dukungan keluarga dan tingkat kecemasan lansia.

Kuisisioner adalah suatu pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden tinggal memberikan jawaban atau memberikan tanda-tanda tertentu (Notoatmojo, 2005) terdiri dari :

- a. Data demografi merupakan pertanyaan tentang data karakteristik responden yang dibuat sendiri oleh peneliti terdiri dari 6 pertanyaan meliputi umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan dan hubungan keluarga
- b. Kuesioner A, merupakan pernyataan yang berkaitan dengan dukungan keluarga yang terdiri dari sub variabel dukungan informasi, penilaian, instrumen dan emosional. Jumlah pernyataan untuk responden berjumlah 25 pernyataan dengan kriteria skor yaitu, selalu = 4, sering = 3, kadang-kadang = 2, jarang = 1
- c. Kuesioner B, merupakan pernyataan yang berkaitan dengan tingkat kecemasan lansia yang HARS terdiri dari sub variabel perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala sensorik, gejala

kardiovaskuler, gejala pernafasan, gejala gastrointesimal, sistem urogenetalia, gejala vegetatif dan perilaku. Jumlah pertanyaan berjumlah 14 dengan kriteria skor nilai 0 (jika tidak ada gejala sama sekali), nilai 1 (jika satu gejala dari pilihan yang ada), nilai 2 (jika separuh dari nilai yang ada), nilai 3 (jika lebih dari separuh dari nilai yang ada), nilai 4 (jika semua gejala ada).

d. Kisi-kisi instrumen penelitian

Dalam skala Likert, item ada yang bersifat *favorable* (baik/positif/tidak mendukung) terhadap masalah yang diteliti, sebaliknya ada pula yang bersifat *unfavorable* (tidak baik/negatif) terhadap masalah yang diteliti. Jumlah item yang positif maupun yang negatif sebaiknya harus seimbang atau sama (Machfoedz, 2007).

Tabel 4.1 Kisi-Kisi Instrumen
Variabel Dukungan Keluarga

Variabel	Indikator-indikator	Pernyataan		Jumlah
		Favorable	Unfavorable	
Dukungan Keluarga	Dukungan emosional	1,2,5,6	3,4	6
	Dukungan penilaian	7,9,10	8,11	5
	Dukungan informasi	12,13,15,17,	14,16,18	7
	Dukungan penghargaan dan komunikasi	19,21,23,25	21,22,24	7
Total		15	10	25

2. Uji instrumen

Sebelum instrumen digunakan, dilakukan uji coba terlebih dahulu yaitu uji validitas dan realibilitas. Jumlah sampel yang digunakan pada uji validitas dan realibilitas sekitar 30 orang (Sugiyono, 2001).

Pada penelitian ini kuesioner dukungan keluarga yang digunakan belum baku, kuesioner ini dibuat dengan melihat contoh kuesioner yang telah ada kemudian di buat kembali sesuai dengan kondisi tempat penelitian. Pada penelitian ini menggunakan uji validitas dan realibilitas dan telah dilaksanakan pada bulan Juni 2014, yang telah dilaksanakan ruang IRNA 3 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat sebanyak 30 responden. Adapun uji instrumen pada penelitian ini yang disesuaikan dengan skala yang digunakan yaitu

a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat itu benar untuk mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2002). Rumus yang digunakan untuk uji validasi adalah yang dikemukakan oleh Pearson

yang dikenal dengan rumus product moment (Arikunto, 2006).

$$r = \frac{N \cdot \sum XY - \sum X \cdot \sum Y}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r : Koefisien kolerasi item dengan skor total

X : Skor pertanyaan

Y : Skor total

N : Jumlah Responden

XY : Skor pertanyaan dikalikan skor total

Setelah diperoleh harga r_{xy} dikonsultasikan harga kritik r product moment. Jika harga $r_{xy} > r$ tabel maka dapat dikatakan butir soal tersebut valid dengan $\alpha = 5\%$. Perhitungan validitas kuesioner dengan menggunakan program komputer .

Pada hasil uji validitas yang dilakukan pada kuesioner dukungan keluarga dari 25 item pernyataan dinyatakan valid karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel [$r_{(\alpha; n-2)} = r_{(0,05; 30-2)} = r_{(0,05; 28)} = 0,361$]. Lebih lanjut lihat lampiran 8.

b. Uji Realibitas

Uji reliabilitas adalah suatu indek yang menunjukkan sejauh mana hasil suatu penelitian pengukur dapat dipercaya (Azwar, 2010). Hasil pengukuran dapat dipercaya atau reliable hanya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama, selama aspek yang diukur dalam dari subjek memang belum berubah.

Adapun cara yang digunakan untuk menguji reliabilitas kuesioner dalam penelitian ini adalah menggunakan rumus koefisien *Alpha Cronbach* (Azwar, 2010). Untuk mengetahui kuesioner tersebut sudah reliable akan dilakukan pengujian reliabilitas kuesioner dengan bantuan computer program. Kriteria penilaian uji reliabilitas adalah :

- 1) Apabila hasil koefisien Alpha lebih besar dari taraf signifikansi 60% atau 0,6 maka kuesioner tersebut reliable.
- 2) Apabila hasil koefisien Alpha lebih kecil dari taraf signifikansi 60% atau 0,6 maka kuesioner tersebut tidak reliable.

Setelah uji validitas dilakukan langkah selanjutnya adalah melakukan uji realibilitas yaitu hasil yang diperoleh kuesioner tentang dukungan keluarga nilai *alpha cronbach* 0,984 lebih besar dari konstanta (0,6) sehingga semua item sangat reliabel. Lebih lanjut lihat lampiran 8

E. Prosedur Pengumpulan Data

Data primer yaitu data yang diperoleh dari sumber asli yang dikumpul secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian. Data primer diambil dari kuisioner dan wawancara langsung terhadap pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Mengurus surat ijin dari Pendidikan STIKES Wiyata Husada Samarida
2. Mengajukan surat ijin penelitian dari direktur RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat
3. Mengajukan surat ijin penelitian dari kepala ruangan IRNA RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat
4. Mengumpulkan responden yaitu pasien yang dirawat di ruang IRNA 1 dan 2

5. Menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian
6. Meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan
7. Responden diminta menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti pada kuisisioner
8. Setelah data terkumpul dilakukan tabulasi data
9. Menganalisa data yang telah ditabulasi

F. Pengolahan dan Analisis Data

Dalam proses analisis data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya (Arikunto, 2006).

1. Persiapan
Kegiatan dalam langkah persiapan ini antara lain mengecek nama dan kelengkapan identitas responden, mengecek kelengkapan data, artinya memeriksa isi kuisisioner (termasuk kelengkapan lembar kuisisioner barangkali ada yang terlepas atau sobek).
2. Tabulasi
 - a. *Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.
 - b. *Coding* adalah peneliti akan mengklasifikasikan jawaban yang ada dengan kode atau nomor untuk mempermudah membaca dan mempermudah proses data ke komputer

- c. *Processing* setelah kuisioner terisi penuh dan benar serta telah melewati tahap pengkodean maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukan data kedalam komputer
- d. *Cleaning* atau pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukan kedalam komputer untuk mengetahui ada tidaknya kesalahan, karena kesalahan masih mungkin pada saat memasukkan data. Data yang salah memasukannya akan diperbaiki.

3. Analisa data

Penelitian ini merupakan penelitian untuk mengetahui hubungan antara satu variabel terikat (*dependent variabel*) dengan beberapa variabel terbuka (*independent variabel*). Adapun tahapan analisa data sebagai berikut:

a. Uji Normalitas

Uji normalitas adalah uji yang dilakukan untuk mengecek apakah data penelitian kita berasal dari populasi yang sebarannya normal.

Uji ini perlu dilakukan karena semua perhitungan statistik parametric. Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah data yang diperoleh dari hasil penelitian berdistribusi normal atau tidak.

Data berdistribusi normal yaitu bahwa data akan mengikuti bentuk distribusi normal, dimana data memusat pada nilai rata-rata dan median. Data yang membentuk distribusi normal bila jumlah data di

atas dan di bawah rata-rata adalah sama, demikian juga simpangan bakunya (Sugiyono, 2010).

Uji normalitas ini menggunakan *Shapiro Wilk* dengan nilai kemaknaan $p > 0,05$, uji ini digunakan karena sampel (< 50). Untuk penyajian data, bila distribusi normal menggunakan mean atau standar deviasi, jika distribusi data tidak normal dianjurkan menggunakan median dan data minimum-maksimum. Untuk uji hipotesis, jika distribusi normal, menggunakan uji parametrik, sebaliknya jika data distribusinya tidak normal menggunakan uji non parametrik (Hastono, 2006).

b. Analisis univariat

Analisis univariat, yaitu analisa yang dilakukan terhadap variabel variabel dari hasil penelitian secara tersendiri dengan melihat variable.

1) Mean (rata-rata)

Rata-rata hitung atau *arithmetic mean* atau lebih dikenal dengan mean saja adalah nilai yang baik mewakili suatu data (Sabri, 2009).

Sifat dari mean :

(a) Merupakan wakil dari keseluruhan nilai

(b) Mean sangat dipengaruhi nilai ektrim baik ektrim kecil maupun ektrim besar

(c) Nilai mean berasal dari semua nilai pengamatan

2) Median

Median adalah nilai yang terletak pada observasi yang ditengah, kalau data tersebut telah disusun(*array*), Sabri (2009).

c. Analisis Bivariat

Selain menggunakan analisis univariat juga menggunakan analisis bivariat. Apabila telah dilakukan analisis univariat tersebut di atas, hasilnya akan diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel, dan dapat dilanjutkan analisis bivariat (Notoatmodjo, 2010).

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dan independen. Dalam penelitian ini uji statistik yang digunakan adalah *Korelasi Pearson Product Moment*

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

X = Data-data dari variabel independen

Y = Data-data dari variabel dependen

Interpretasi uji korelasi :

1. Kekuatan korelasi

- a. $r = 0,01 - 0,25$, interpretasi lemah.
- b. $r = 0,26 - 0,50$, interpretasi sedang.
- c. $r = 0,51 - 0,75$, interpretasi kuat.
- d. $r = 0,76 - 100$, interpretasi sangat kuat.

2. Nilai p

- a. $p < 0,05$ = terdapat korelasi yang bermakna antara 2 variabel yang diuji.
- b. $p > 0,05$ = tidak terdapat korelasi yang bermakna antara 2 variabel yang diuji.

3. Arah korelasi

- a. Positif (+), searah, semakin besar nilai suatu variabel semakin besar pula nilai variabel lainnya.
- b. Negatif (-), berlawanan arah, semakin besar nilai suatu variabel semakin kecil nilai variabel lainnya.

Syarat dari analisis *Pearson Product Moment* adalah data harus berdistribusi normal. Dan jika data yang terkumpul pada penelitian ini tidak berdistribusi normal, maka rumus yang digunakan yaitu *Spearman Rank Test*.

Rumusnya yaitu :

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2 - 1)}$$

Keterangan :

N = Jumlah data

d = Beda antara ranking pasangannya.

G. Etika Penelitian

Peneliti telah memohon izin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus

menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

2. *Anonimity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.

3. *Confidentiality*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik in formasi maupun masalah-masalah lainnya



BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Deskriptif Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah “Harapan Insan Sendawar” yang selanjutnya disingkat RSUD. HIS, merupakan satu-satunya Rumah Sakit Pemerintah Kabupaten Kutai Barat. RSUD. HIS berdiri diatas lahan seluas 28,5 ha, dan peresmian operasionalnya oleh Gubernur Kalimantan Timur tanggal 14 Agustus tahun 2003. RSUD. HIS, merupakan pusat rujukan dari 23 Puskesmas maupun sarana pelayanan kesehatan lain yang ada diwilayah Kutai Barat. Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar (RSUD HIS) Kabupaten Kutai Barat merupakan Lembaga Teknis Daerah (LTD) Pemerintah Kabupaten dalam Bidang Kesehatan yang berada dan bertanggungjawab kepada Bupati, melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Kutai Barat. Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar (RSUD HIS) Kabupaten Kutai Barat dibentuk berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Barat Nomor Nomor 09 Tahun 2008 pada tanggal 21 Agustus 2008, tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat. Pada bulan April 2009 RSUD Harapan Insan Sendawar telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas C oleh Departemen Kesehatan RI melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 240/MENKES/SK/IV/2009 tanggal 2 April 2009 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai

Barat Propinsi Kalimantan Timur. Sebagai RS kelas C, RSUD Harapan Insan Sendawar memiliki 127 tempat tidur perawatan dan empat jenis pelayanan spesialis dasar yaitu Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah, Spesialis Anak dan Spesialis Obstetry dan Gynekology.

B. Uji Normalitas Data

Tabel 5.1 Hasil Uji Normalitas Data *Shapiro Wilk*

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Dukungan	.868	44	.000
Kecemasan	.832	44	.000

Setelah dilakukan uji normalitas yang menggunakan uji *Shapiro Wilk* pada dukungan keluarga didapatkan hasil nilai kemaknaan ($p = 0,000$) $< 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga berdistribusi tidak normal sehingga menggunakan median sebagai titik potong.

C. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-laki	18	40,9
Perempuan	26	59,1
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.3 di atas didapatkan data bahwa responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 orang (59,1%).

2. Agama

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Agama di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Agama	Frekuensi	Presentase (%)
Budha	2	4.5
Hindu	4	9.1
Islam	26	59.1
Khatolik	1	2.3
Protestan	6	13.6
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.4 di atas didapatkan data bahwa responden sebagian besar beragama islam sebanyak 26 orang (59,1%).

3. Pendidikan

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
PT	7	15.9
SD	14	31.8
SMA	14	31.8
SMP	9	20.5
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.5 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden berpendidikan SD dan SMA masing-masing sebanyak 14 orang (31,8%).

4. Pekerjaan

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase (%)
IRT	3	6.8
PNS	7	15.9
Swasta	14	31.8
Wiraswasta	20	45.5
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.6 di atas didapatkan data bahwa responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 20 orang (45,5%).

5. Hubungan Keluarga

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan Keluarga di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Hubungan	Frekuensi	Presentase (%)
Ayah	17	38.6
Ibu	27	61.4
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.7 di atas didapatkan data bahwa responden memiliki hubungan keluarga sebagai ibu sebanyak 27 orang (61,4%).

6. Dukungan Keluarga

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Dukungan	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Ada Dukungan	20	45.5
Ada Dukungan	24	54.5
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga sebanyak 24 orang (54,5%).

7. Tingkat Kecemasan Lansia

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Lansia di Ruang di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat

Kemasan	Frekuensi	Presentase (%)
Ringan	25	56.8
Sedang	5	11.4
Berat	14	31.8
Total	44	100.0

Sumber : Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 5.9 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki kecemasan ringan sebanyak 25 orang (54%).

B. Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) dengan variabel dependen (tingkat kecemasan) adalah uji Korelasi non parametrik *Spearman Rank*.

Berdasarkan data pada tabel 5.8 pada halaman berikutnya diperoleh data nilai *sig* 0,075 dengan kesimpulan bahwa H_0 gagal ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pra lansia di Ruang IRNA I dan II RSUD HIS Kutai barat. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel. Nilai Korelasi sebesar -0,271 menunjukkan arah hubungan/korelasi yang negatif dengan makna makin baik dukungan keluarga yang dilakukan oleh keluarga maka tingkat kecemasan pasien tidak akan baik dengan kekuatan korelasi yang sedang.

Tabel 5.8 : Analisis Hubungan ngkat kecemasan pasien pra lansia Ruang IRNA I dan II RSUD HIS Kutai Barat Tahun 2014 (n = 44).

Variabel	Sig hitung	Nilai Korelasi
Independen Dukungan Keluarga	0,075	-0,271
Dependen Tingkat Kecemasan		



BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan pemikiran yang original peneliti yang dilakukan dengan mengkaitkan antara temuan penelitian dengan teori-teori (hasil penelitian terdahulu) yang digunakan.

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa responden sebagian berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 orang (59,1%).

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Dharmono (2008), yang menyatakan bahwa prevalensi tingkat kecemasan pada lansia yang menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki disebabkan oleh perbedaan siklus hidup dan struktur sosial yang sering menempatkan perempuan sebagai subordinat lelaki. Perempuan lebih banyak menderita kecemasan karena adanya karakteristik khas perempuan, seperti siklus reproduksi, monopuse, menurunnya kadar estrogen.

Tingkat kecemasan yang terbesar dialami oleh perempuan hal ini dikarenakan karenakan perempuan cenderung neurotik dari pada laki-laki walaupun berbagai kesempatan sama diberikan kepada mereka.

Selain itu perempuan lebih banyak menderita kecemasan dikarenakan faktor predisposisi kecemasan yaitu faktor genetik (Roam, 2007).

Menurut asumsi peneliti berpendapat bahwa kecemasan yang dialami oleh perempuan lebih tinggi tingkat kecemasannya hal ini di dukung karena perempuan cenderung lebih banyak mengungkapkan keadaan dirinya. Sesuatu yang ia rasakan juga tentang rasa kecemasan atau rasa tertekan. Sedangkan laki-laki cenderung menolak bahwa ia menderita hal-hal tersebut.

2. Agama

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa responden sebagian besar beragama islam sebanyak 26 orang (59,1%).

Pada saat mengalami kecemasan, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Dukungan ini sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakit yang dialami, khususnya jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama dengan hasil yang belum pasti. Memperbaiki kondisi jasmani tanpa memperbaiki hati tidak ada gunanya sama sekali. Kalaupun badan rusak, selama hati tetap baik, bahayanya sangat kecil sekali. Yakni bahaya yang akan hilang, dan kemudian disusul dengan manfaat yang justru berkesinambungan dan sempurna (Al Jauziyah, 2004).

Menurut asumsi peneliti faktor spiritualitas sangat berperan dalam mengatasi masalah yang dihadapi, melihat sebagian lansia memiliki spiritualitas yang tinggi maka sangat mungkin lansia hanya mengalami kecemasan dengan tingkat ringan karena sudah memiliki pertahanan berupa mekanisme koping yang positif untuk menghadapi masalah yang datang.

3. Pendidikan

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa responden berpendidikan SD sebanyak 14 orang (31,8%) dan SMA sebanyak 14 orang (31,8%).

Pendidikan seseorang yang meningkat mengajarkan individu mengambil sikap keputusan yang terbaik untuk dirinya. Masalah yang muncul dalam dirinya mampu dikelola dengan pemikiran yang lebih rasional. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Lutfa (2008) mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien di RS. DR. Moewardi Surakarta, dapat diketahui bahwa pasien yang pendidikan lebih tinggi,

tingkat keemasannya relatif lebih rendah. Hal tersebut berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana pendidikan tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan.

Menurut asumsi peneliti tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mengalami kecemasan, semakin tinggi pendidikannya akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir.

4. Pekerjaan

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 20 orang (45,5%).

Pekerjaan merupakan sesuatu hal yang dikerjakan untuk mendapatkan imbalan atau jasa. Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan

terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga, maka jika seseorang tidak mempunyai pekerjaan akan memberi dampak dalam keluarganya karena tidak dapat menunjang kehidupan, terlebih lagi jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit dan di rawat di rumah sakit maka akan membutuhkan biaya yang banyak untuk perawatan, jika seseorang tidak memiliki pekerjaan maka akan memicu peningkatan kecemasan karena memikirkan biaya untuk perawatan (Nursalam, 2001).

Menurut asumsi peneliti seseorang yang bekerja memiliki tingkat kecemasan berat yang relatif tinggi dari pada orang yang tidak bekerja, menurut peneliti hal ini disebabkan banyak faktor yang dapat

menyebabkan kecemasan seperti yang sudah dijelaskan di atas yaitu kurangnya informasi, hubungan yang erat dengan pasien dan faktor lain yang tidak diteliti. Jadi semua orang yang jika memiliki salah satu anggota keluarga yang dirawat di ruang intensif dan dalam keadaan tidak stabil, maka akan terjadi peningkatan kecemasan tanpa membedakan yang bekerja dan tidak bekerja.

5. Hubungan Keluarga

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki hubungan keluarga sebagai ibu sebanyak 27 orang (61,4%).

Berdasarkan teori, peran keluarga menggambarkan suatu perangkat interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok dan masyarakat (Effendi, 1998). Sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sedangkan sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit.

Menurut asumsi peneliti, kehadiran sebuah keluarga seperti ayah atau ibu ataupun anak dari pasien sangat mempengaruhi terhadap status kesehatan lansia dan dapat disimpulkan bahwa jika peran keluarga itu

baik maka diharapkan status kesehatan lansia juga baik.

6. Dukungan Keluarga

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga sebanyak 24 orang (54,5%).

Menurut Brunner & Suddart (2001) kebutuhan akan dukungan berlangsung sepanjang hidup. Dukungan dapat digambarkan sebagai perasaan memiliki atau keyakinan bahwa seseorang merupakan peserta aktif dalam kegiatan sehari-hari. Perasaan saling terikat dengan orang lain di lingkungan menimbulkan kekuatan dan membantu menurunkan perasaan terisolasi. Beberapa pendapat lain mengatakan bahwa dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab atau kualitas hubungan perkawinan dan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. Dukungan keluarga yang diwujudkan dengan memberikan perhatian, bersikap empati, memberikan dorongan dan sebagainya akan menimbulkan perasaan lebih stabil dan aman pada lansia.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan yang baik disebabkan karena kepedulian keluarga terhadap lansia sehingga lansia merasa dihargai dan diperhatikan. Selain itu dukungan yang baik dapat juga disebabkan oleh kemampuan keluarga dalam menjalankan tugas dalam bidang kesehatan.

7. Tingkat Kecemasan Lansia

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa sebagian besar responden responden memiliki kecemasan ringan sebanyak 25 orang (56,5%).

Menurut Hidayat (2007) manusia terdiri dari bio, psiko dan spiritual yang selalu berkembang dari masa bayi sampai tua. secara alamiah

dengan bertambahnya usia maka kemampuan jaringan untuk mempertahankan struktur dan fungsi normal akan hilang secara perlahan-lahan. pada masa tua ini manusia akan mengalami perubahan baik fisik, mental dan sosial. dari segi mental manusia akan mengalami kecemasan. kecemasan dan lansia merupakan tahap akhir dari siklus perkembangan manusia. kecemasan pada lansia dapat dipengaruhi oleh

berbagai faktor antara lain penurunan fungsi dari organ tubuh, kehilangan sumber nafkah, perubahan gaya hidup dan perasaan terasing beberapa ahli juga berpendapat bahwa cara menanggulangi kecemasan berbeda-beda sesuai dengan keadaan pasien. namun dengan dukungan dari keluarga sangatlah membantu dalam mencegah dan mengatasi kecemasan pada lansia. dukungan ini terdiri atas informasi atau nasihat verbal dan atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.

Menurut asumsi peneliti bahwa kecemasan pada lansia dapat disebabkan karena penurunan dari semua fungsi tubuh. dengan adanya penurunan fungsi tubuh ini dapat membuat lansia merasa tidak dapat melakukan aktifitas sekuat waktu masih muda, ketidakberdayaan dalam melakukan pekerjaan sehingga kehilangan sumber nafkah. sebagian besar dari hasil penelitian ini adalah kecemasan ringan, keadaan ini dapat dipengaruhi oleh keaktifan lansia mengikuti posyandu yang didalamnya ada firman yang dapat menjadikan lansia merasa tenang dan merasa dikuatkan.

selain itu juga lansia dapat bertemu dengan teman sesama lansia sehingga mereka akan sama-sama berbagi cerita dan bertukar pikiran. dengan demikian lansia akan saling mendukung sehingga hal ini juga dapat menyebabkan tingkat kecemasan lansia.

B. Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Lansia

Hasil uji statistic menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* nilai *sig* 0,075 dengan kesimpulan bahwa H_0 gagal ditolak yang artinya tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pra lansia di Ruang IRNA I dan II RSUD HIS Kutai barat. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel. Nilai Korelasi sebesar -0,271 menunjukkan arah hubungan/korelasi yang negatif dengan makna makin baik dukungan keluarga yang dilakukan oleh keluarga maka tingkat kecemasan pasien tidak akan baik dengan kekuatan korelasi yang sedang.

Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari terapi keluarga yang termasuk pada penatalaksanaan kecemasan pada lansia. Melalui dukungan keluarga, lansia akan merasa masih ada yang memperhatikan, ikut merasakan dan membantu mengatasi beban hidupnya. Namun, dari penelitian ini menunjukkan bahwa ada faktor lain dari dukunagn keluarga yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pasien lansia.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang sedang dengan tingkat kecemasan yang sering dialami oleh para lansia, dimana lansia yang sudah tidak mendapatkan dukungan dari keluarga akan merasa hidupnya tidak berguna lagi sehingga akan mengakibatkan kecemasan pada diri lansia tersebut.

Hal ini agak berbeda sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2005) dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan respons kehilangan pada lanjut usia. Dimana tingkat kejadian lanjut usia yang mengalami respon kehilangan adaptif sebanyak 80 responden (53,3 %) sedangkan mengalami respon kehilangan maladaptif sebanyak 70 responden (46,7 %).

Menurut Kuntjoro (2002), manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik, kebutuhan sosial dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, rasa aman, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah, baik ringan maupun berat. Pada saat-saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.

Dari 28 responden ada 13 responden (46,4%) yang menyatakan tidak ada dukungan keluarga dan memiliki tingkat kecemasan ringan, 14 responden (50%) menyatakan tidak ada dukungan dan memiliki tingkat kecemasan

sedang, 1 responden (3,6%) menyatakan tidak ada dukungan tetapi tingkat kecemasan berat.

Menurut Pujiastuti (2003), kecemasan merupakan gangguan mood yang sering terjadi pada lansia. Kecemasan bisa terjadi pada lansia disebabkan lansia merasa terasing dari keluarganya dan merasa kesepian. Jika seorang lansia tidak mendapat dukungan dari keluarga mereka akan mengalami

episode mayor dari kecemasan yaitu gambaran melankolis, merasa rendah diri, perasaan tidak berdaya, dan hal yang paling mengancam adalah keinginan untuk bunuh diri. Selain itu juga menurut beberapa ahli lainnya bahwa dukungan dari keluarga sangatlah membantu dalam mencegah dan mengatasi kecemasan pada lansia. Selain itu keluarga juga mempunyai tugas dalam pemeliharaan para anggotanya dan saling memelihara dan saling mempertahankan hubungan timbal balik (Nasrul, 1998).

Menurut Hermana (2006) juga mengatakan bahwa dukungan sosial yang meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif dapat diterima dari teman dan *familiy*.

Kecemasan pada lansia bisa berawal dari rasa kesepian dan keterasingan. Tetapi dengan adanya dukungan dari keluarga dapat membuat lansia merasa aman, merasa ada yang menemani, ada yang memperdulikan keberadaan lansia. Dukungan keluarga yang telah diberikan dapat membuat lansia merasa diperhatikan khususnya tentang masalah kesehatan. Dengan demikian lansia merasa dibantu dalam mencari solusi untuk kesehatannya

sehingga lansia menjadi tenang dan mempunyai coping yang adaptif dalam memecahkan suatu masalah. Dengan ini dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga yang baik dapat membuat lansia merasa tenang dan lansia dapat mempunyai coping yang baik dalam memecahkan masalah sehingga dapat mengakibatkan lansia mempunyai tingkat kecemasan yang ringan.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian yaitu teknik sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, sehingga nilai biasanya lebih tinggi dibandingkan dengan teknik random sampling.
2. Jenis penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif sehingga tidak dapat menggali lebih dalam mengenai dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada lansia
3. Perbandingan sampel pada tiap karakteristik demografi yang tidak sama sehingga terdapat perbandingan nilai yang kurang signifikan dalam hasil penelitian.

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Karakteristik dari 63 responden didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 orang (59,1%), sebagian besar beragama islam sebanyak 26 orang (59,1%), sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 14 orang (31,8%), sebagian besar pekerjaan sebagai wiraswasta sebanyak 20 orang (45,5%), dan sebagian besar memiliki hubungan keluarga sebagai ibu sebanyak 27 orang (61,4%).
2. Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga sebanyak 24 orang (54,5%).
3. Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa responden memiliki kecemasan ringan sebanyak 25 orang (56,8%).
4. Tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien pra lansia di IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kutai Barat, dimana arah hubungan adalah negatif dan kekuatan hubungan sedang.

B. Saran

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit (RSUD HIS Kutai Barat)

Memfasilitasi pasien untuk lebih memperoleh dukungan dari keluarga dengan jalan peningkatan pengetahuan serta pemahaman dari anggota keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga bagi kesembuhan pasien.

- b. Bagi Pendidikan keperawatan

Meningkatkan pendampingan pada mahasiswa keperawatan yang sedang bertugas dilapangan (rumah sakit, puskesmas) terkait pemahaman tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap proses penyembuhan pasien.

- c. Bagi profesi perawat

Diharapkan dapat menjadi pengembangan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga pasien yang mengalami kecemasan dan pengembangan ilmu keperawatan

keluarga.

2. Manfaat Teoritis

- a. Disarankan pada peneliti berikutnya yang berminat untuk meneliti kecemasan pada lansia dapat agar dapat mengkaji faktor-faktor lainnya yang dapat menimbulkan kecemasan pada lansia kecemasan.

- b. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan menggunakan sampel yang lebih besar agar hasil penelitian lebih representatif.



Daftar Pustaka

Alimul. (2009). *Metode Penelitian Dan Keperawatan & Tehnik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika.

Al Jauziyah. (2004). *Penyucian Jiwa (Tazkiyat Al-nafs) & Kesehatan Mental*. Jakarta: Penerbit Amzah.

Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.

Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.

Azwar, Saifuddin. (2010). *Metode Penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Bambang. (2005). *Dasar-Dasar Pembelanjaan*. Yogyakarta : BPFE.

Brunner dan Suddarth. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Budiarto, Eko. (2002). *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Dalam: Arlinda Sari Wahyuni.

Buchari, Alma. (2006). *Manajemen, Cetakan Kelima*. Bandung : Alfabeta.

Carpenito, Lynda Jua. (2000). *Rencana Asuhan Dan Pendokumentasian Keperawatan, Alih Bahasa Monica Ester Edisi 1*. Jakarta : EGC.

Darmojo, R. (1999). *Buku Ajar Geriatri: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas.

Dharmono. (2008). *Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Pria dan Wanita Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Palembang : Fakultas Psikologi Universitas Bina Darma.

Depkes RI. (1999). *Jumlah Penduduk Lanjut Usia Meningkat*. Diambil tanggal 2 Maret 2014 dari <http://www.depkes.go.id>.

Depkes RI. (2002). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta : Depkes RI.

Dinosetro. (2008). *Hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kemandirian kehidupan sosial bermasyarakat pada klien Skizofrenia post perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur*.

Dolan, P. (2006). *Family Support as Reflective Practice*. London : Jessica Kingsley Publishers.

Effendy, Nasrul. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.

Friedman, Marlilyn M. (2001). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik. Edisi ke 3*. Jakarta: EGC.

Hastono, S, P. (2006). *Analisis Data*. Jakarta : Penerbit Pustaka Fakultas Kesehatan Masyarakat-UI.

Hermawan. (2006). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Hidayat. (2009). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah, Edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika.

Kuntjoro. (2002). *Dukungan Sosial pada Lansia*. Diambil tanggal 12 April 2014 dari <http://www.e-psikologi.com>.

Kozier. (2004). *Fundamental of nursing: concepts, process and practice*. New Jersey: Pearson prentice hall.

Lutfu, U. Maliya, A. (2008). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pasien Dalam Tindakan Kemoterapi di Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta*. eprints.ums.ac.id/1131/1/4g.pdf (diakses 13 Juni 2014).

Machfoedz, I. (2007). *Statistika Deskriptif : Bidang Kesehatan, Keperawatan Dan Kebidanan (Bio Statistik)*. Yogyakarta : Fitramaya.

Maryam, R. Siti. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.

Mubarak. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : P.T Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : P.T Rineka Cipta.

Nugroho, Wahyudi. (2000). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta : EGC

Nurdiana. (2007). *Korelasi Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan Volume 3*. Banjarmasin:Stikes Muhammadiyah.

Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi keperawatan: Konsep dan praktik*. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2003). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Mediaka.

Nursalam. (2010). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Mediaka.

Nursalam. (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Mediaka

Partini. (2011). *Psikologi Usia* . Jakarta: FK-UI

Pearce, C. Evelyn. (2000). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedic*. Jakarta : Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama

Potter, P.A, Perry, A.G. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk*. Jakarta : EGC.

Ramaiah. (2003). *Kecemasan: Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Jakarta :Pustaka Obor.

Roam. (2007). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia*. Yogyakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.

Sadock's & Kaplan. (2007). *Comprehensive Textbok of psychiatry. In: Kimberly E.Steele, Schweitz & Michele A, editors. Obesity. Volume II*

Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology : Biopsychosocial Interactions. Fifth Edition*. USA : John Wiley & Sons

Satiadarma, K., dkk. (2004). *Azas Pengembangan Prosedur Analisis*. Surabaya: Airlangga University Press.

Setiabudi, S. & Hardywinoto. (2005). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan ASKEP*. Jakarta: Salemba Medika.

Smeltzer, S.C. and Bare, B.G. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8 Vol.2*. Jakarta : EGC.

Stuart dan Sundeen, (2005). *Buku Saku Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta : EGC.

Stuart & Sundeen. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Stuart dan Sundeen. (2007). *Buku Saku Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta : EGC

Stanley. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Edisi 2*. Jakarta: EGC

Sugiyono. (2001). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*. Bandung : Alfabeta.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D*. Bandung : Alfabeta.

Suliswati dkk. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

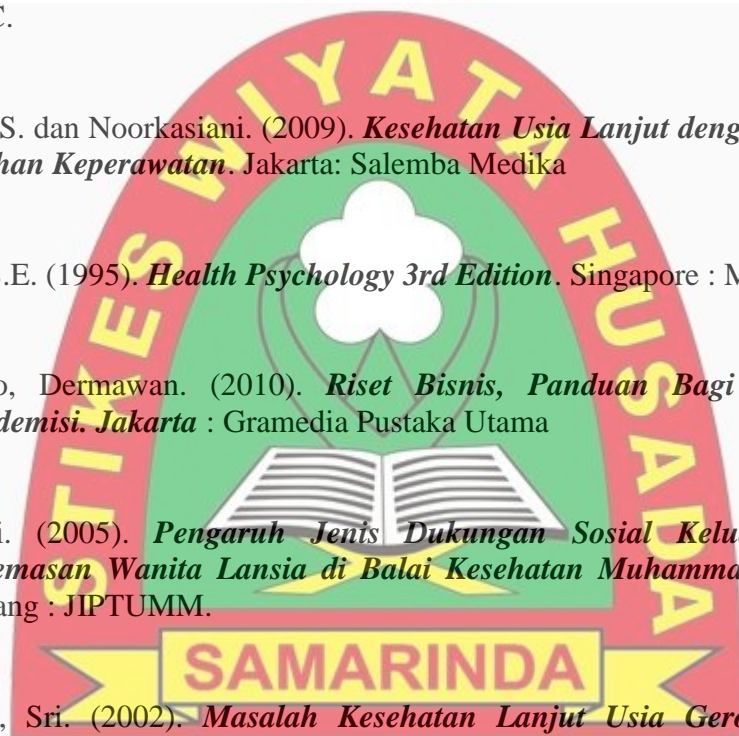
Tamher, S. dan Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Taylor, S.E. (1995). *Health Psychology 3rd Edition*. Singapore : Mc.Graw Hill.

Wibisono, Dermawan. (2010). *Riset Bisnis, Panduan Bagi Praktisi Dan Akademisi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama

Wijiyanti. (2005). *Pengaruh Jenis Dukungan Sosial Keluarga terhadap Kecemasan Wanita Lansia di Balai Kesehatan Muhammadiyah Malang*. Malang : JIPTUMM.

Zainudin, Sri. (2002). *Masalah Kesehatan Lanjut Usia Gerontik*. Jakarta: Kompas.



Lampiran 1



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (Stikes)
Wiyata Husada Samarinda**

BIODATA PENELITIAN

Nama : Noraini
NPM : 13.0816.224.01
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lanjut Usia Di IRNA 1 Dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat 2014
Pembimbing I : Anik Puji Rahayu S. Kep, M. Kep
Pembimbing II : Adhies Satya Putra, S. Kep. Ns

Samarinda, Juli 2014

Hormat Saya,

Noraini

NIM 13.0816.224.01

Lampiran 2

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Bapak/Ibu/Saudara/I Perawat di ruang IRNA 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Tahun 2014

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa program S-1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda :

Nama : Noraini
Nim : 130.816.224.01

Akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pra Lanjut Usia Di Irna 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Tahun 2014 ”**

Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi tentang Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Lanjut Usia Di Irna 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat.

Kegiatan yang diharapkan dari bapak/ibu/sdr/sdri adalah mengisi lembar pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dan tidak mengakibatkan kerugian apapun karena informasi yang diberikan akan di jaga kerahasiaannya.

Apabila bapak/ibu bersedia dimohon untuk menandatangani persetujuan dan mengisi angket yang disatukan dalam lembar ini. Atas perhatiannya dan kesediaanya saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, Juni 2014

Peneliti

Noraini

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang berjudul **“Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pra Lanjut Usia Di Irna 1 dan 2 RSUD Harapan Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Tahun 2014 “**.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak merugikan bagi saya serta segala informasi yang diberikan terjamin kerahasiaannya. Saya telah diberikan penjelasan yang memuaskan, berdasarkan hal tersebut maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dan saya tanda tangani untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Samarinda, Juni 2014

Responden

(.....)

Nama dan tanda tangan

Lampiran 4

INSTRUMEN PENELITIAN

Kode (diisi oleh peneliti) :

No Responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian

1. Menjawab setiap pertanyaan yang tersedia dengan memberi tanda checklist (√) pada tempat yang tersedia
 2. Semua pertanyaan dijawab dengan jujur menurut keadaan yang sebenarnya.
 3. Bila ada yang kurang mengerti silahkan bertanya kepada peneliti.
-

A. Data Demografi

1. Umur : Tahun
2. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan
3. Agama : Islam Khatolik Protestan
 Budha Hindu
4. Pendidikan : SD SMP SMA
 Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : Peg. Swasta Pegawai Negeri
 Wiraswasta Pensiunan
 Lain-lain
6. Hubungan dengan keluarga : Ayah Ibu
 Anak Suami/istri

Lampiran 5

KUESIONER A
Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian bagian B

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Berilah tanda cek pada setiap cek (✓) pada setiap kotak yang tersedia dengan jawaban yang dianggap sesuai dengan diri anda.
3. Jika kurang jelas tanyakan langsung pada peneliti
4. Alternatif Jawaban:
 - a. Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh keluarga diberi nilai 4
 - b. Sering : Jika pernyataan tersebut kadang-kadang dilakukan oleh keluarga diberi nilai 3
 - c. Kadang-kadang : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan oleh keluarga diberi nilai 2
 - d. Jarang : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh keluarga diberi nilai 1

No	Pernyataan	Skor			
		Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang
A	DUKUNGAN EMOSIONAL				
1	Keluarga menganjurkan kepada pasien untuk makan dan minum selalu tepat waktu				
2	Keluarga mau mendengarkan saat pasien menceritakan tentang penyakit yang dideritanya				
3	Keluarga tidak mau mendengarkan keluhan pasien tentang penyakitnya				

4	Keluarga tidak memperdulikan keperluan pasien selama di rumah sakit				
5	Keluarga menganjurkan kepada pasien untuk banyak bersabar dengan kondisi sakit yang dirasakan				
6	keluarga memberikan dorongan kepada pasien untuk tetap menjaga kesehatan				
B	DUKUNGAN PENILAIAN				
7	keluarga mau membantu memenuhi kebutuhan pasien dengan penuh kesabaran				
8	keluarga tidak menyiapkan alat-alat yang diperlukan pasien selama di Rumah Sakit seperti perlengkapan mandi				
9	keluarga membantu pasien dalam melakukan aktivitas seperti makan atau ke kamar mandi				
10	keluarga menemani pasien selama di rumah sakit				
11	keluarga tidak memperhatikan keadaan pasien, meskipun pasien merasa gelisah				
C	DUKUNGAN INFORMASI				
12	keluarga memperhatikan pasien bila pasien merasa tidak tenang				
13	keluarga memberitahu kepada pasien tentang aktivitas yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan				
14	keluarga tidak memperdulikan pasien selama dirawat di rumah sakit				
15	keluarga mambantu pembiayaan perawatan rumah sakit				

16	keluarga tidak memperhatikan pasien meskipun pasien merasa cemas terhadap kondisinya				
17	keluarga memberi kesempatan kepada pasien untuk memilih ruangan rawat inap yang diinginkan				
18	keluarga tidak memberi kesempatan kepada pasien untuk memilih ruangan rawat inap atau rumah sakit				
D	DUKUNGAN PENGHARGAAN DAN KOMUNIKASI				
19	keluarga memberikan pujian kepada pasien ketika ada kemajuan dalam kesehatannya				
20	keluarga sulit menerima keadaan pasien dengan segala keterbatasannya				
21	Keluarga selalu melibatkan pasien dalam mengambil keputusan untuk pengobatan penyakit pasien				
22	keluarga tidak melibatkan pasien dalam mengambil keputusan untuk pengobatan				
23	keluarga memperhatikan pasien jika mengalami kehilangan minat dalam melakukan aktivitas				
24	keluarga berharap pasien lebih lama menjalani perawatan di rumah sakit				
25	keluarga mengingatkan pasien untuk mematuhi anjuran dokter dan perawat				

Lampiran 6

KUESIONER C

KECEMASAN LANSIA

Petunjuk pengisian bagian C

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Berilah tanda cek pada setiap cek () pada setiap kotak yang tersedia dengan jawaban yang dianggap sesuai dengan diri anda.
3. Jika kurang jelas tanyakan langsung pada peneliti

1) Perasaan cemas

Firasat buruk

Takut akan pikiran sendiri

Mudah tersinggung

2) Ketegangan

Merasa tegang

Lesu

Mudah terkejut

Tidak dapat istirahat dengan nyenyak

Mudah menangis

Gemetar

Gelisah memikirkan biaya perawatan rumah sakit

3) Ketakutan

Pada gelap

Ditinggal sendiri (pasien tidak boleh ditunggu

Pada orang asing (perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya)

- Pada peralatan yang melekat di tubuh
- Pada kerumunan orang banyak (pembesuk)

4) Gangguan tidur

- Sukar memulai tidur
- Terbangun malam hari
- Tidak puas
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan

5) Gangguan kecerdasan

- Daya ingat buruk
- Sulit berkonsentrasi
- Sering bingung

6) Perasaan depresi

- Kehilangan minat
- Sedih
- Bangun dini hari
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari

7) Gejala somatik (otot-otot)

- Nyeri pada otot
- Kaku
- Kedutan otot
- Gigi gemertak
- Sura tidak stabil



8) Gejala sensorik

- Telinga berdenging
- Penglihatan kabur
- Mata merah dan pucat
- Merasa lemah
- Perasaan ditusuk-tusuk

9) Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)

- Dada berdebar-debar
- Nyeri dada
- Denyut nadi mengeras
- Rasa lemah seperti mau pingsan
- Detak jantung hilang sekejap

10) Gejala pernapasan

- Rasa tertekan didada
- Perasaan tercekik
- Merasa napas pendek atau sesak
- Sering menarik napas panjang

11) Gejala gastrointestinal (pencernaan)

- Sulit menelan
- Mual
- Muntah
- Nyeri lambung sebelum atau sesudah makan
- Rasa panas diperut

- Perut terasa penuh atau kembung
- Rasa Enek
- Berak lembek atau keras

12) Sistem urogenetalia

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan kencing

13) Gejala vegetatif atau otonom

- Mulut kering
- Muka kering
- Mudah berkeringat
- Pusing
- Sakit kepala
- Bulu roma berdiri

14) Perilaku selama dirawat

- Gelisah
- Tidak tenang
- Jari gemetaran
- Mengerutkan dahi atau kening
- Muka tegang
- Otot tegang
- Napas pendek dan cepat
- Muka merah

Skor:..... :

Lampiran 7

**Hasil Tabulasi Data Penelitian Hubungan Antara Dukungan Keluarga
Dengan Tingkat Kecemasan Lanjut Usia Di Irna 1 Dan 2 Rsud Harapan
Insan Sendawar Kabupaten Kutai Barat Tahun 2014**

No	Umur	Jenis	Agama	Pendidikan	Kerja	Hubungan	Dukungan	Kode	Kecemasan	Kode
1	47	L	Islam	SMP	Wiraswasta	AYAH	90	0	19	3
2	48	L	Islam	SMP	Wiraswasta	AYAH	87	0	18	3
3	49	L	Islam	SMA	Swasta	AYAH	92	1	14	2
4	48	L	Islam	SMA	Swasta	AYAH	100	1	13	2
5	46	P	Islam	SMA	Swasta	IBU	97	0	25	3
6	45	P	Islam	PT	PNS	IBU	95	0	14	2
7	57	L	Islam	PT	PNS	AYAH	98	1	12	2
8	47	L	Islam	SD	Wiraswasta	AYAH	96	0	8	2
9	50	L	Islam	SD	Wiraswasta	AYAH	96	0	40	4
10	49	P	Islam	SD	IRT	IBU	95	0	22	3
11	50	P	Islam	PT	PNS	IBU	100	1	30	4
12	49	L	Khatolik	PT	PNS	AYAH	98	1	32	4
13	47	P	Islam	PT	PNS	IBU	90	1	40	4
14	48	P	Hindu	SMA	PNS	IBU	95	0	14	2
15	47	P	Protestan	SMP	Swasta	IBU	100	1	34	4
16	47	L	Protestan	SMP	Swasta	AYAH	100	1	32	4
17	49	P	Protestan	SMP	Wiraswasta	IBU	88	1	29	4
18	46	P	Budha	SMA	Wiraswasta	IBU	89	0	14	2
19	47	P	Hindu	SMA	Wiraswasta	IBU	80	0	17	2
20	47	P	Hindu	SMA	Wiraswasta	IBU	91	1	30	4
21	45	P	Hindu	SMA	Wiraswasta	IBU	98	1	35	4
22	50	P	Protestan	SMP	Wiraswasta	IBU	87	1	28	4
23	50	P	Khatolik	SD	IRT	IBU	100	1	13	2
24	50	P	Khatolik	SD	Swasta	IBU	88	0	12	2
25	50	P	Islam	SMP	Wiraswasta	IBU	100	1	11	2
26	48	P	Islam	SMA	Swasta	IBU	99	1	12	2
27	40	P	Islam	PT	PNS	IBU	96	0	14	2
28	44	P	Budha	SD	Wiraswasta	IBU	100	1	12	2
29	48	L	Islam	SD	Wiraswasta	AYAH	86	0	29	4
30	47	P	Islam	SD	Wiraswasta	IBU	100	1	11	2
31	40	P	Islam	SD	Wiraswasta	IBU	95	0	11	2
32	48	P	Islam	SD	Wiraswasta	IBU	90	0	29	4
33	41	P	Islam	SD	Wiraswasta	IBU	96	0	34	4
34	49	L	Islam	SMP	Wiraswasta	AYAH	94	0	31	4
35	40	L	Islam	SMP	Wiraswasta	AYAH	94	0	11	2
36	50	L	Islam	SMP	Wiraswasta	AYAH	100	1	14	2
37	49	L	Islam	SMA	Wiraswasta	AYAH	98	1	14	2
38	43	L	Islam	SMA	Swasta	AYAH	100	1	11	2
39	50	P	Islam	PT	Swasta	IBU	99	1	10	2
40	50	P	Islam	SD	Swasta	IBU	95	0	12	2
41	40	L	Khatolik	SMA	Swasta	AYAH	100	1	12	2
42	47	L	Khatolik	SMA	Swasta	AYAH	100	1	14	2
43	40	P	Protestan	SD	IRT	IBU	95	0	12	2
44	50	L	Khatolik	SMA	Swasta	AYAH	100	1	12	2

HASIL UJI INSTRUMEN
Kuesioner Dukungan Keluarga

1. Uji Validitas

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DK1	70.30	209.114	.925	.983
DK2	70.13	213.223	.688	.984
DK3	70.23	215.289	.718	.984
DK4	70.23	211.564	.793	.984
DK5	70.30	208.562	.952	.983
DK6	70.30	209.114	.925	.983
DK7	70.27	208.271	.928	.983
DK8	70.27	208.616	.912	.983
DK9	70.30	208.562	.952	.983
DK10	70.33	209.057	.971	.983
DK11	70.37	209.895	.979	.983
DK12	70.20	214.855	.708	.984
DK13	70.30	209.045	.928	.983
DK14	70.23	211.426	.800	.984
DK15	70.27	208.892	.899	.983
DK16	70.23	211.357	.803	.984
DK17	70.23	210.254	.857	.983
DK18	70.33	211.885	.770	.984
DK19	70.10	221.197	.398	.986
DK20	69.57	222.668	.368	.986
DK21	70.30	208.562	.952	.983
DK22	70.30	208.562	.952	.983
DK23	70.33	209.057	.971	.983
DK24	70.37	209.895	.979	.983
DK25	70.20	214.855	.708	.984

2. Uji Reliabilitas

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.984	25

Tabel R Product Moment
Pada Sig.0,05 (Two Tail)

N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
1	0.997	41	0.301	81	0.216	121	0.177	161	0.154	201	0.138
2	0.95	42	0.297	82	0.215	122	0.176	162	0.153	202	0.137
3	0.878	43	0.294	83	0.213	123	0.176	163	0.153	203	0.137
4	0.811	44	0.291	84	0.212	124	0.175	164	0.152	204	0.137
5	0.754	45	0.288	85	0.211	125	0.174	165	0.152	205	0.136
6	0.707	46	0.285	86	0.21	126	0.174	166	0.151	206	0.136
7	0.666	47	0.282	87	0.208	127	0.173	167	0.151	207	0.136
8	0.632	48	0.279	88	0.207	128	0.172	168	0.151	208	0.135
9	0.602	49	0.276	89	0.206	129	0.172	169	0.15	209	0.135
10	0.576	50	0.273	90	0.205	130	0.171	170	0.15	210	0.135
11	0.553	51	0.271	91	0.204	131	0.17	171	0.149	211	0.134
12	0.532	52	0.268	92	0.203	132	0.17	172	0.149	212	0.134
13	0.514	53	0.266	93	0.202	133	0.169	173	0.148	213	0.134
14	0.497	54	0.263	94	0.201	134	0.168	174	0.148	214	0.134
15	0.482	55	0.261	95	0.2	135	0.168	175	0.148	215	0.133
16	0.468	56	0.259	96	0.199	136	0.167	176	0.147	216	0.133
17	0.456	57	0.256	97	0.198	137	0.167	177	0.147	217	0.133
18	0.444	58	0.254	98	0.197	138	0.166	178	0.146	218	0.132
19	0.433	59	0.252	99	0.196	139	0.165	179	0.146	219	0.132
20	0.423	60	0.250	100	0.195	140	0.165	180	0.146	220	0.132
21	0.413	61	0.248	101	0.194	141	0.164	181	0.145	221	0.131
22	0.404	62	0.246	102	0.193	142	0.164	182	0.145	222	0.131
23	0.396	63	0.244	103	0.192	143	0.163	183	0.144	223	0.131
24	0.388	64	0.242	104	0.191	144	0.163	184	0.144	224	0.131
25	0.381	65	0.240	105	0.19	145	0.162	185	0.144	225	0.13
26	0.374	66	0.239	106	0.189	146	0.161	186	0.143	226	0.13
27	0.367	67	0.237	107	0.188	147	0.161	187	0.143	227	0.13
28	0.361	68	0.235	108	0.187	148	0.16	188	0.142	228	0.129
29	0.355	69	0.234	109	0.187	149	0.16	189	0.142	229	0.129
30	0.349	70	0.232	110	0.186	150	0.159	190	0.142	230	0.129

Lampiran 9

HASIL UJI NORMALITAS

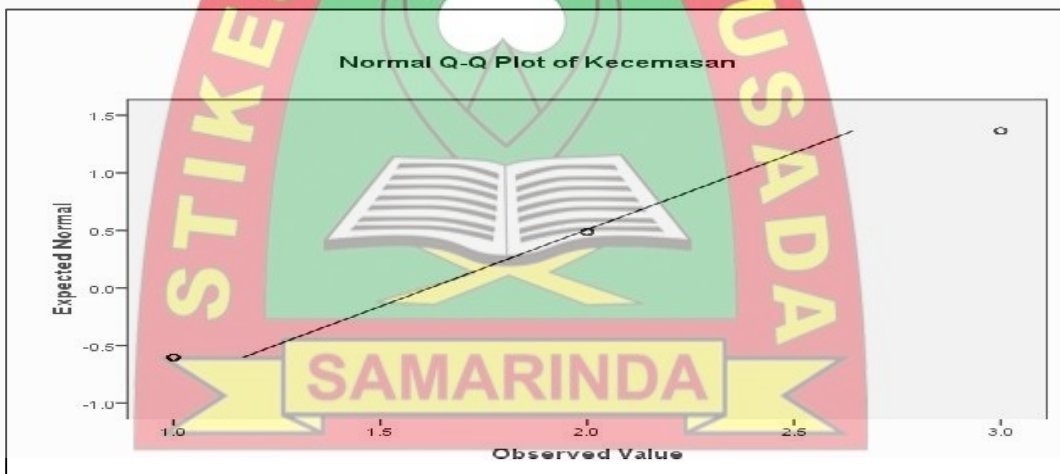
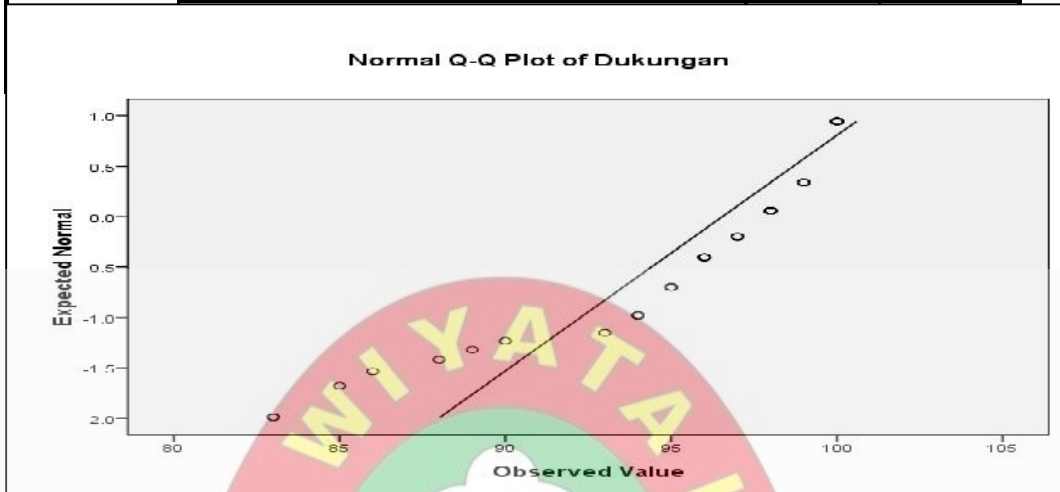
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dukungan	.169	44	.003	.868	44	.000
Kecemasan	.288	44	.000	.832	44	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Dukungan	Mean		96.54	.539
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	95.46	
		Upper Bound	97.62	
	5% Trimmed Mean		97.06	
	Median		98.00	
	Variance		18.317	
	Std. Deviation		4.280	
	Minimum		83	
	Maximum		100	
	Range		17	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		-1.737	.302
	Kurtosis		2.740	.595
Kecemasan	Mean		1.62	.094
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.43	
		Upper Bound	1.81	
	5% Trimmed Mean		1.58	
	Median		1.00	
	Variance		.562	
Std. Deviation		.750		

Minimum	1
Maximum	3
Range	2
Interquartile Range	1



Lampiran 10

KARAKTERISTIK RESPONDEN

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Budha	2	4.5	4.5	4.5
	Hindu	4	9.1	9.1	13.6
	Islam	26	59.1	59.1	72.7
	Katolik	1	2.3	2.3	75.0
	Khatolik	6	13.6	13.6	88.6
	Protesta	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	7	15.9	15.9	15.9
	SD	14	31.8	31.8	47.7
	SMA	14	31.8	31.8	79.5
	SMP	9	20.5	20.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	3	6.8	6.8	6.8
	PNS	7	15.9	15.9	22.7
	Swasta	14	31.8	31.8	54.5
	Wiraswas	20	45.5	45.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Hubungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	AYAH	17	38.6	38.6	38.6
	IBU	27	61.4	61.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Dukungan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada dukungan	20	45.5	45.5	45.5
	ada dukungan	24	54.5	54.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Kecemasan pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cemas ringan	25	56.8	56.8	56.8
	cemas sedang	5	11.4	11.4	68.2
	cemas berat	14	31.8	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Correlations

			Dukungan	Kecemasan
Spearman's rho	Dukungan	Correlation Coefficient	1.000	-.271
		Sig. (2-tailed)	.	.075
		N	44	44
	Kecemasan	Correlation Coefficient	-.271	1.000
		Sig. (2-tailed)	.075	.
		N	44	44

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 45 Tahun	31	49.2	49.2	49.2
	> 45 tahun	32	50.8	50.8	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	26	41.3	41.3	41.3
	Perempuan	37	58.7	58.7	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Budha	5	7.9	7.9	7.9
	Hindu	6	9.5	9.5	17.5
	Islam	36	57.1	57.1	74.6
	Khatolik	9	14.3	14.3	88.9
	Protesta	7	11.1	11.1	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	10	15.9	15.9	15.9
	SD	16	25.4	25.4	41.3
	SMA	24	38.1	38.1	79.4
	SMP	13	20.6	20.6	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	4	6.3	6.3	6.3
	PNS	8	12.7	12.7	19.0
	Swasta	17	27.0	27.0	46.0
	Wiraswas	34	54.0	54.0	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	AYAH	26	41.3	41.3	41.3
	IBU	37	58.7	58.7	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

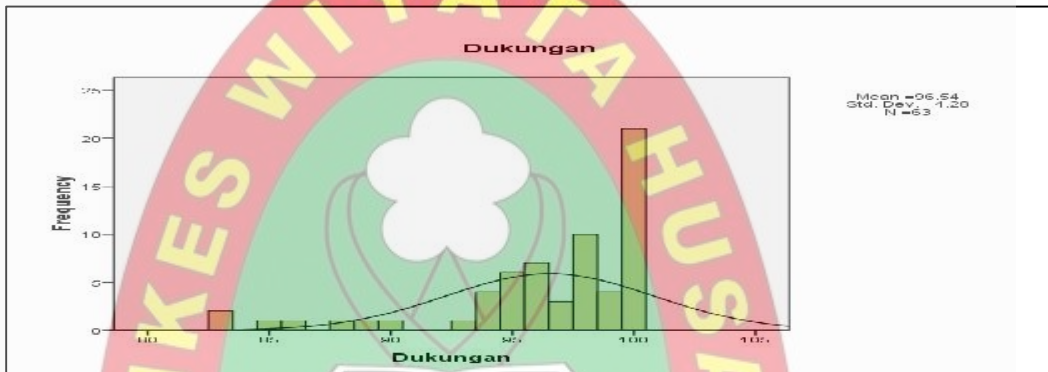


HASIL ANALISA UNIVARIAT

1. Dukungan Keluarga

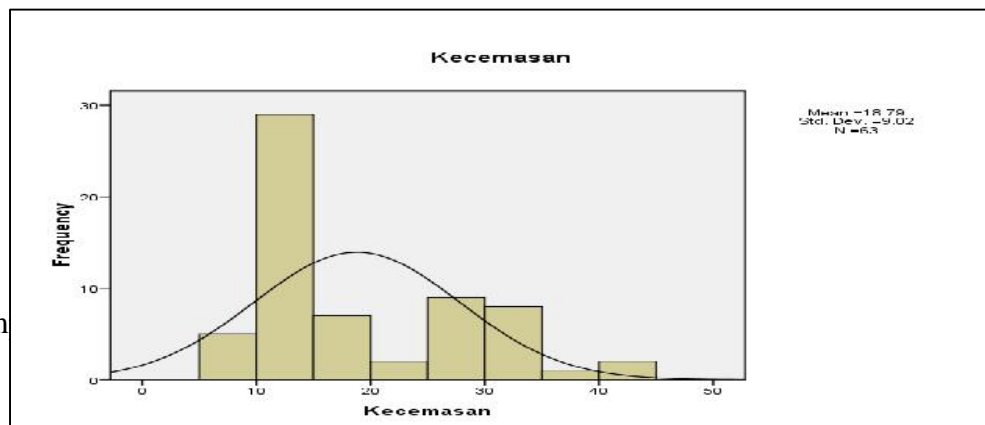
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada Dukungan	28	44.4	44.4	44.4
	Ada Dukungan	35	55.6	55.6	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

2.



Valid	Ringan	34	54.0	54.0	54.0
	Sedang	19	30.2	30.2	84.1
	Berat	10	15.9	15.9	100.0
	Total	63	100.0	100.0	

Lam



Dukungan * Kecemasan Crosstabulation						
			Kecemasan			Total
			Ringan	Sedang	Berat	
Dukungan	Tidak Ada Dukungan	Count	13	14	1	28
		Expected Count	15.1	8.4	4.4	28.0
		% within Dukungan	46.4%	50.0%	3.6%	100.0%
	Ada Dukungan	Count	21	5	9	35
		Expected Count	18.9	10.6	5.6	35.0
		% within Dukungan	60.0%	14.3%	25.7%	100.0%
Total	Count	34	19	10	63	
	Expected Count	34.0	19.0	10.0	63.0	
	% within Dukungan	54.0%	30.2%	15.9%	100.0%	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.915 ^a	2	.003
Likelihood Ratio	12.921	2	.002
Linear-by-Linear Association	.203	1	.652
N of Valid Cases	63		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.44.

Risk Estimate	
	Value
Odds Ratio for Dukungan (Tidak Ada Dukungan / Ada Dukungan)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.

Lampiran 13

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Sep'13	Okt'13	Nov'13	Des'13	Jan'14	Feb'14	Mar'14	Mei'14	Juni'14	Juli'14
1	Pengajuan judul										
2	Pelaksanaan bimbingan proposal										
3	Seminar proposal penelitian										
4	Revisi proposal penelitian										
5	Penelitian dan proses bimbingan penelitian										
6	Sidang skripsi										
7	Revisi akhir skripsi										
8	Penyerahan hasil skripsi (naskah & CD)										

