

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan (*Health Education*)/Pemberian Informasi

2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu, konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti dalam pendidikan tersebut terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang dari individu, kelompok atau masyarakat. (Nursalam, 2016b).

Konsep ini berangkat dari pemikiran tentang manusia sebagai kehidupan sosial untuk mencapai nilai-nilai hidup dalam masyarakat selalu meminta bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu, dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar. Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari

tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu, dan lain sebagainya. (Notoatmodjo, 2011).

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah penyampaian informasi dan edukasi kepada masyarakat umum untuk menambah wawasan dan pengetahuan serta mengubah cara pandang sesuai dengan perilaku kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan.

2.1.2 Peranan Pendidikan Kesehatan

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu pada H.L Blum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat, sebagai salah satu negara yang sudah maju. Belum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar dalam kesehatan. (Notoatmodjo, 2011).

Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku yang mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor tersebut terhadap status kesehatan di negara-negara berkembang, terutama di Indonesia, belum ada penelitiannya. Apabila dilakukan penelitian mungkin hasilnya berbeda-beda tergantung masyarakatnya. Penelitian penulis di Kecamatan Pasar Rebo, Jakarta Timur, tentang status gizi anak balita dengan menggunakan analisis stepwise, terbukti variabel perilaku terseleksi, sedangkan variabel pendapatan per kapita (ekonomi) tidak terseleksi. Meskipun variabel ekonomi disini belum mewakili seluruh variabel-variabel

lain. Kesimpulannya perilaku menjadi faktor yang utama.(Notoatmodjo, 2011).

Lawrence Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatar belakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yakni faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) faktor yang mendukung (*Enabling Factors*) dan faktor yang memperkuat atau mendorong, atau penguat (*Reinforcing Factors*). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai upaya intervensi perilaku harus diarahkan pada ketiga faktor pokok tersebut.(Notoatmodjo, 2011).

2.1.3 Prinsip-prinsip Pendidikan Kesehatan

Semua petugas kesehatan telah mengakui bahwa pendidikan kesehatan itu penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Akan tetapi, pengakuan ini tidak didukung oleh kenyataannya. Artinya, dalam program-program pelayanan kesehatan kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Meskipun program ini telah melibatkan pendidikan kesehatan, tetapi kurang memberikan bobot. Argumentasi mereka adalah karena pendidikan kesehatan itu tidak segera dan jelas memperlihatkan hasil. Dengan kata lain pendidikan kesehatan itu tidak segera membawa manfaat bagi masyarakat dan tidak mudah dilihat atau diukur. Hal ini memang benar karena pendidikan kesehatan merupakan behavioral investmen jangka panjang. Hasil intervensi pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan

masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja tidak akan langsung terhadap indikator kesehatan. (Notoatmodjo, 2011).

2.1.4 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan. Dari dimensi sasarannya, Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni:

1. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan dirumah sakit, dilakukan dirumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di Puskesmas dan sebagainya.

3. Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan. (Notoatmodjo, 2011)

2.1.5 Metode Pendidikan Kesehatan

1. Metode pendidikan Individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Metode atau pendekatan individual ini adalah bimbingan atau penyuluhan (*guidance and counseling*). Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok yang kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

3. Metode Pendidikan Massa (*public*)

Metode pendidikan massa untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditunjukkan kepada masyarakat yang sifatnya massa

atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa.
(Notoatmodjo, 2011).

2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan.

Media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (*audio visual aids/AVA*). Disebut media pendidikan karena alat-alat tersebut merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan kesehatan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau "klien". Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (*media*), media ini dibagi menjadi 3 (tiga) : Cetak, elektronik, media papan (*bill board*).

adapun peran dan tujuan media promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
3. Dapat memperjelas informasi .
4. Media dapat mempermudah pengertian.
5. Mengurangi komunikasi yang verbalistik.
6. Dapat menampilkan objek yang tidak bisa ditangkap dengan mata.
7. Meperlancar komunikasi dan lain-lain (Susilowati, 2016).

2.1.7 Jenis Media Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan peran-fungsinya sebagai penyaluran pesan / informasi kesehatan, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yakni :

1. Media cetak

- a. *Booklet* : untuk menyampaikan pesan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b. *Leaflet* : melalui lembar yang dilipat, isi pesan bisa gambar/tulisan atau keduanya.
- c. *Flyer* (selebaran) ; seperti leaflet tetapi tidak dalam bentuk lipatan.
- d. *Flip chart* (lembar Balik) ; pesan/informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Biasanya dalam bentuk buku, dimana tiap lembar (halaman) berisi gambar peragaan dan di baliknya berisi kalimat sebagai pesan/informasi berkaitan dengan gambar tersebut.
- e. *Rubrik*/tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- f. *Poster* ialah bentuk media cetak berisi pesan-pesan/informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- g. Foto, yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

2. Media elektronik

- a. Televisi : dapat dalam bentuk sinetron, sandiwara, forum diskusi/tanya jawab, pidato/ceramah, TV, Spot, quiz, atau cerdas cermat, dll.

b. Radio : bisa dalam bentuk obrolan/tanya jawab, sandiwara radio, ceramah, radio spot, dll.

c. *Video Compact Disc (VCD)*

d. *Slide* : slide juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan/informasi kesehatan.

e. Film strip juga dapat digunakan untuk menyampaikan pesan kesehatan

3. Media papan (*bill board*)

Papan/*bill board* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan-pesan atau informasi – informasi kesehatan. Media papan di sini juga mencakup pesan- pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus/taksi) (Yusriani & Khidri, 2018).

2.1.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu :

1. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi baru yang didapatnya.

2. Tingkat sosial ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dapat menerima informasi baru.

3. Adat istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menanggapi adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan.

4. Kepercayaan masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampaian informasi.

5. Ketersediaan waktu dimasyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.2 Konsep Dasar *Triage*

2.2.1 Definisi *Triage*

Triage merupakan suatu proses yang dinamis. Status atau keadaan pasien bisa berubah menjadi lebih baik atau menjadi lebih buruk, baik karena cederanya maupun sebagai dampak dari tindakan yang dilakukan. Oleh karena itu, *triage* harus diulang-ulang selama masih dalam penanggulangan cederanya. Kegiatan ini dapat dilakukan di tempat kejadian, di *clearing station* (*triage area*), sebelum dilakukan evakuasi, saat tiba di UGD, baik selama resusitasi maupun sesudahnya, baik sebelum maupun sesudah operasi, dan

setelah tiba di ruangan. Karena sifatnya bertahap, sering disebut *Primary Triage*, *Secondary Triage*, *Tertiary Triage*, dan seterusnya (Aryono, 2016).

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *triage* adalah proses pemilahan pasien sesuai prioritas untuk menentukan tindakan yang di dahulukan yang bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan kecacatan.

2.2.2 Tujuan Triage

Menurut (Aryono, 2016) Tujuan dilakukan *triage* adalah untuk mencapai yang terbaik bagi banyak korban. Triage dilakukan manakala jumlah korban melebihi kemampuan baik fasilitas kesehatan maupun personelnnya. Dengan demikian, diatur urutan penanggulangan korban secara efisien. Menurut (Dewi, 2014) tujuan *triage* dibagi menjadi 4 yaitu :

1. Mengidentifikasi kondisi yang mengancam nyawa
2. Memprioritaskan pasien menurut kondisi keakutannya
3. Menempatkan pasien sesuai dengan keakutannya berdasarkan pada pengkajian yang tepat dan akurat.
4. Menggali data yang lengkap tentang keadaan pasien.

2.2.3 Prinsip Triage

Menurut (Dewi, 2014) prinsip triage dibagi menjadi 10 yaitu :

1. *Triage* harus dilakukan dengan segera dan singkat.

2. Kemampuan untuk menilai dan merespons dengan cepat kemungkinan yang dapat menyelamatkan pasien dari kondisi sakit atau cedera yang mengancam nyawa dalam departemen gawat darurat.
3. Pengkajian harus dilakukan secara adekuat dan akurat.
4. Keakuratan dan ketepatan data merupakan kunci dalam proses pengkajian.
5. Keputusan dibuat berdasarkan pengkajian.
6. Keselamatan dan keefektifan perawatan pasien dapat direncanakan jika terdapat data dan informasi yang akurat dan adekuat.
7. Intervensi yang dilakukan berdasarkan kondisi keakutan pasien.
8. Tanggung jawab yang paling utama dari proses triage yang dilakukan perawat adalah keakuratan dalam mengkaji pasien dan memberikan perawatan sesuai dengan prioritas pasien. Hal ini termasuk intervensi terapeutik dan prosedur diagnostik.
9. Tercapainya kepuasan pasien :
 - a. Perawat triage harus menjalankan triage secara simultan, cepat, dan langsung sesuai keluhan pasien.
 - b. Menghindari keterlambatan dalam perawatan pada kondisi yang kritis.
 - c. Memberikan dukungan emosional pada pasien dan keluarga.
10. Penempatan pasien yang benar pada tempat yang benar saat waktu yang besar dengan penyedia pelayanan yang benar.

2.2.4 Prioritas Triage

Triage diartikan sebagai suatu tindakan pengelompokkan penderita berdasarkan pada beratnya cedera yang diprioritaskan ada tidaknya gangguan *Airway* (A), *Breathing* (B), dan *Circulation* (C) dengan mempertimbangkan sarana, sumber daya manusia, dan probabilitas hidup penderita. Prioritas triage menurut (Roth, 2014).

1. Prioritas pertama / *immediate* (MERAH)

Korban membutuhkan stabilisasi segera dan atau dalam keadaan kritis akan tetapi masih memiliki harapan untuk diselamatkan / dapat diatasi, seperti :

- a. Syok oleh berbagai kasus.
- b. Trauma kepala dengan pupil anisokor.
- c. Perdarahan eksternal masif.
- d. Penurunan respon.
- e. Tension pneumothorax
- f. Distress pernafasan ($RR < 30x/mnt$).
- g. Perdarahan internal vasa besar dsb.

2. Prioritas kedua / *delayed* (KUNING)

Korban membutuhkan pertolongan dan pengawasan ketat tetapi perawatan dapat ditunda, tidak ada ancaman nyawa, seperti :

- a. Korban dengan resiko syok.
- b. *Multiple fraktur*.

- c. Luka bakar tanpa gangguan jalan nafas.
- d. Gangguan kesadaran / trauma kepala.
- e. Cidera vertebra tanpa gangguan pernafasan.

Korban dalam keadaan ini harus segera diberikan perawatan dan pengawasan akan timbulnya komplikasi.

3. Prioritas ke tiga / *minimal* (HIJAU)

Korban yang masih mampu berjalan, pemberian pengobatan dapat ditunda dan atau tidak memerlukan pengobatan, seperti :

- a. Fraktur minor
- b. Luka minor / luka bakar minor

Korban dalam keadaan ini setelah dilakukan perawatan luka, imobilisasi dan fiksasi dapat dipindahkan pada akhir operasi lapangan.

4. Prioritas keempat / nol / *expectant* (HITAM)

Kemungkinan untuk hidup sangat kecil, luka sangat parah. Hanya perlu terapi suportif. Contoh henti jantung kritis, trauma kepala berat.

2.2.5 Jenis-Jenis *Triage*

Terdapat dua jenis triase, yaitu :

1. *Multiple Casualties*

Jumlah penderita dan beratnya trauma tidak melampaui kemampuan rumah sakit. Penderita dengan masalah yang mengancam jiwa dan multi trauma akan mendapatkan prioritas penanganan lebih dahulu.

2. *Mass Casualties*

Jumlah penderita dan beratnya trauma melampaui kemampuan rumah sakit. Penderita dengan kemungkinan survival yang terbesar dan membutuhkan waktu, pelengkapan dan tenaga yang paling sedikit akan mendapatkan prioritas penanganan lebih dahulu. (Aryono, 2016).

2.2.6 Kategori *Triage*

1. *Triage* dua tingkat

Dalam sistem *triage* dua tingkat, pasien dikategorikan sakit atau tidak sakit. Pasien yang sakit membutuhkan perawatan darurat dengan kondisi yang membahayakan nyawa, tubuh, atau organ. Sementara itu, pasien yang tidak sakit ialah pasien yang tidak menunjukkan tanda-tanda serius, bisa menunggu jika perawatan sedikit tertunda.

2. *Triage* Tiga Tingkat

Sistem *triage* tiga tingkat ini banyak digunakan di Amerika Serikat. Pengategorian dapat ditentukan berdasarkan warna (merah, kuning, hijau) atau pemberian nomor (kategori 1,2,3), tetapi pada dasarnya kategori tersebut merujuk pada kondisi di bawah ini.

a. Gawat darurat

Pasien membutuhkan tindakan yang cepat. Keluhan utama adalah berdasarkan pada ancaman serius terhadap nyawa, tubuh, atau

organ, misalnya: serangan jantung, trauma berat, gagal napas .
respons pasien harus diperhatikan dan perlu dilakukan observasi secara terus-menerus.

b. Darurat

Pasien membutuhkan tindakan segera, tetapi pasien masih memungkinkan menunggu beberapa jam jika mampu. Misalnya: nyeri abdomen, fraktur, dan batu ginjal. Disarankan untuk melakukan observasi setiap 30 menit.

c. Biasa

Setelah pasien dilakukan pengkajian, karena kondisi pasien tidak kritis, maka pasien dapat menunggu. Biasanya pasien berada di ruang ambulatory care, misalnya: konjungtivitis, gangguan di tenggorokan, kulit, dan sebagainya. Dilakukan observasi setiap 1 sampai 2 jam (Aryono, 2016).

2.3 Konsep Dasar Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

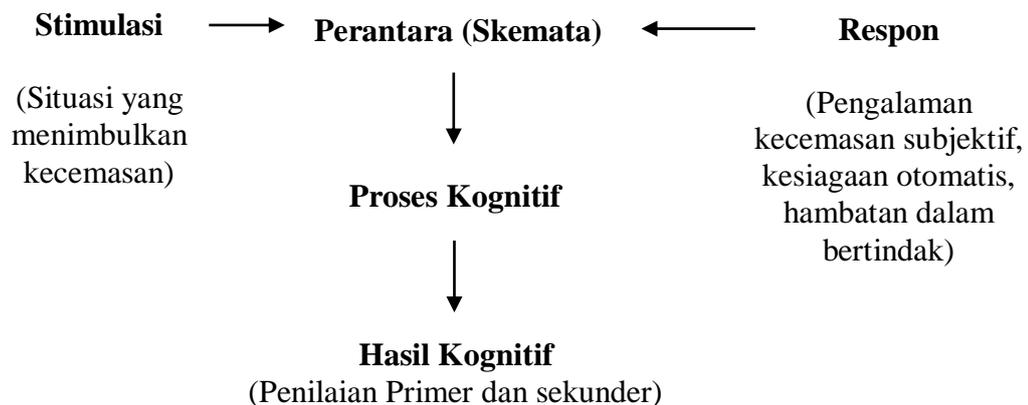
Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Wartilisna et al., 2015).

Kecemasan adalah reaksi terhadap ancaman dari rasa sakit maupun dunia luar yang tidak siap ditanggulangi dan berfungsi memperingatkan individu akan adanya bahaya (Saputra, 2012).

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu keadaan yang dialami seseorang yang berupa kekhawatiran, ketidaknyamanan maupun ancaman yang berlebihan terhadap sesuatu yang tidak jelas dan belum pasti adanya.

2.3.2 Proses Terjadinya Kecemasan

Secara tidak disadari kita telah mengetahui terjadinya kecemasan yang kita alami adalah suatu keadaan yang selalu berkaitan dengan pikiran. Emosi ataupun rasa cemas yang kita rasakan disebabkan oleh adanya dialog internal dalam pikiran individu yang mengalami kecemasan ataupun perasaan cemas.



Gambar 0.1 Proses Terjadinya Kecemasan melalui Model Kognitif Kecemasan

Membentuk kecemasan (situasi mengancam) yang secara langsung/tidak langsung hasil pengamatan/pengalaman tersebut diolah melalui proses kognitif dengan menggunakan skemata (pengetahuan yang telah dimiliki individu terhadap situasi tersebut yang sebenarnya mengancam/tidak mengancam dan pengetahuan tentang kemampuan dirinya untuk mengendalikan dirinya dan situasi tersebut). Setiap pengetahuan tersebut dapat

terbentuk dari keyakinan pendapat orang lain, maupun pendapat individu sendiri serta dunia luar. Pengetahuan (skemata) tersebut, tentunya akan mengetahui individu untuk dapat membuat penilaian (hasil kognitif) sehingga respon yang akan ditimbulkan tergantung seberapa baik penilaian individu untuk mengenali situasi tersebut, dan tergantung seberapa baik individu tersebut dapat mengendalikan dirinya. Apabila pengetahuan (skemata) subjek terhadap situasi yang mengancam tersebut tidak memadai, tentunya individu tersebut akan mengalami kecemasan. Praktisnya, terjadinya kecemasan melalui proses yang telah disebutkan adalah tentang bagaimana kita dapat mengevaluasi tindakan apa saja yang harus kita lakukan apabila merasakan kecemasan. Selain kita harus memahami tentang keadaan apa saja yang menyebabkan kita merasakan cemas, tentunya setelah itu kita harus dapat mengendalikan diri untuk dapat mengelola emosi dan mengelola permasalahan yang menyebabkan kecemasan tersebut (Saputra, 2012).

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut (Mubarak, 2015) tidak semua kecemasan dapat dikatakan bersifat patologis ada juga kecemasan yang bersifat normal. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan dari berbagai sumber, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Internal, antara lain:
 - a. Usia

Permintaan bantuan dari sekeliling menurun dengan bertambahnya usia, pertolongan diminta bila ada kebutuhan akan kenyamanan, reassurance, dan nasehat-nasehat.

b. Pengalaman

Individu yang mempunyai modal kemampuan pengalaman menghadapi kecemasan dan punya cara menghadapinya akan cenderung lebih menganggap kecemasan yang berapapun sebagai masalah yang bisa diselesaikan. Tiap pengalaman merupakan sesuatu yang berharga dan belajar dari pengalaman dapat meningkatkan keterampilan menghadapi kecemasan.

c. Aset fisik

Orang dengan aset fisik yang besar, kuat, dan garang akan menggunakan aset ini untuk menghalau kecemasan yang datang mengganggu.

2. Faktor Eksternal, antara lain:

a. Pengetahuan.

Seseorang yang mempunyai ilmu pengetahuan dan kemampuan intelektual akan dapat meningkatkan kemampuan dan rasa percaya diri dalam menghadapi kecemasan mengikuti berbagai kegiatan untuk meningkatkan kemampuan diri akan banyak menolong individu tersebut.

b. Pendidikan

Peningkatan pendidikan dapat pula mengurangi rasa tidak mampu untuk menghadapi stress. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan mudah dan semakin mampu menghadapi stress yang ada.

c. Finansial/Material

Aset berupa harta yang melimpah tidak akan menyebabkan individu tersebut mengalami kecemasan berupa kekacauan finansial, bila hal ini terjadi dibandingkan orang lain yang asset finansialnya terbatas.

d. Keluarga

Lingkungan kecil dimulai dari lingkungan keluarga, peran pasangan dalam hal ini sangat berarti dalam memberi dukungan. Istri dan anak yang penuh pengertian serta dapat mengimbangi kesulitan yang dihadapi suami akan dapat memberikan bumper kepada kondisi kecemasan suaminya.

e. Obat

Dalam bidang psikiatri dikenal obat-obatan yang tergolong dalam kelompok antiansietas. Obat-obat ini mempunyai khasiat mengatasi ansietas sehingga penderitanya cukup tenang.

f. Dukungan sosial budaya

Dukungan sosial dan sumber-sumber masyarakat serta lingkungan sekitar individu akan sangat membantu seseorang dalam menghadapi stressor, pemecahan masalah bersama-sama dan

tukar pendapat dengan orang di sekitarnya akan membuat situasi individu lebih siap menghadapi kecemasan yang akan datang.

Kecemasan yang terjadi akan direspon secara spesifik dan berbeda oleh setiap individu. Hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu:

1. Perkembangan Kepribadian (*Personality Development*)

Perkembangan kepribadian seseorang di mulai sejak usia bayi hingga 18 tahun dan tergantung dari pendidikan orang tua (psiko-edukatif) di rumah, pendidikan di sekolah dan pengaruh sosialnya serta pengalaman-pengalaman dalam kehidupannya. Seseorang menjadi pencemasan terutama akibat proses kata lain "*parental example*" daripada "*parental genes*".

2. Maturasional

Tingkat maturasi individu akan dipengaruhi tingkat kecemasan. Pada bayi tingkat kecemasan lebih disebabkan oleh perpisahan, lingkungan atau orang yang tidak kenal dan perubahan hubungan dalam kelompok sebaya. Kecemasan pada kelompok remaja lebih banyak disebabkan oleh perkembangan seksual. Pada dewasa berhubungan dengan ancaman konsep diri. Sedangkan pada lansia kecemasan berhubungan dengan kehilangan fungsi.

3. Tingkat Pengetahuan

Individu yang tingkat pengetahuannya lebih tinggi akan mempunyai coping yang lebih adaptif terhadap kecemasan daripada individu yang tingkat pengetahuannya lebih rendah.

4. Karakteristik Stimulus

a. Intensitas Stressor

Intensitas stimulus yang semakin besar maka semakin besar pula kemungkinan respon yang nyata akan terjadi. Stimulus hebat akan menimbulkan lebih banyak respon yang nyata daripada stimulus perlahan-lahan. Stimulus yang timbulnya perlahan-lahan akan selalu memberi waktu bagi seseorang untuk mengembangkan coping.

b. Lama Stressor

Stressor yang menetap dapat menghabiskan energi seseorang dan akhirnya akan melemahkan sumber-sumber coping yang ada.

c. Jumlah Stressor

Stressor yang ada akan lebih meningkatkan kecemasan pada individu dari pada stimulus yang lebih kecil.

5. Karakteristik Individu

a. Makna stressor bagi individu

Makna stressor bagi individu merupakan suatu faktor utama yang mempengaruhi respon stress. Stressor yang dipandang secara negatif mempunyai kemungkinan besar untuk meningkatkan cemas.

b. Sumber yang dapat dimanfaatkan dan respon coping

Seseorang yang telah mempunyai keterampilan dalam menggunakan coping dapat memilih tindakan-tindakan yang akan

mempunyai keterampilan coping yang lebih baik dan dapat menangani secara efektif bila krisis terjadi.

c. Status kesehatan individu

Jika status kesehatan buruk, energi yang digunakan untuk menangani stimulus lingkungan kurang, akan dapat mempengaruhi respon terhadap stressor. Khususnya nutrisi yang kurang akan menjadikan seseorang mempunyai resiko yang tinggi berespon secara maladaptif.

2.3.4 Gejala Kecemasan

Gejala-gejala somatik yang dapat menunjukkan kecemasan adalah muntah-muntah, diare, denyut jantung yang bertambah keras, sering buang air, nafas sesak disertai tremor pada otot. Kecemasan juga ditandai dengan emosi yang tidak stabil, sangat mudah tersinggung dan marah, sering dalam keadaan excited atau gempar gelisah. Manifestasi kecemasan Mubarak (Mubarak, 2015) terwujud dalam empat hal berikut:

1. Manifestasi kognitif yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.
2. Perilaku motorik, kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.
3. Perubahan somatif muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan

tekanan darah, dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi ketegangan otot, dan tekanan darah.

4. Afektif, diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

2.3.5 Penyebab Kecemasan

Menurut (Stuart, 2013), faktor penyebab terjadinya kecemasan adalah sebagai berikut:

1. Faktor Predisposisi
 - a. Dalam pandangan spikoanalitik, ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
 - b. Menurut pandangan interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu.
 - c. Menurut pandangan perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

- d. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan ansietas biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan ansietas juga tumpang tindih antara gangguan ansietas dengan depresi.
- e. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepine, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulat inhibisi asam gama-amino butirat (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan ansietas.

2. Stressor Pencetus

Stressor pencetus kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian:

- a. Ancaman integritas fisik yaitu ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan atau melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- b. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegritasi pada individu.

3. Sumber Koping

Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping dilingkungan. Sumber koping tersebut berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian, dukungan sosial dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

4. Mekanisme Koping

Ketika mengalami ansietas individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya, ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi ansietas ringan cenderung tetap dominan ketika ansietas menjadi lebih intens. Ansietas ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping. Tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan lima jenis mekanisme koping:

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi secara realistik tuntutan situasi stress.
- b. Perilaku menyerang digunakan untuk mengubah atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
- c. Perilaku menarik diri digunakan baik secara fisik maupun psikologi untuk memindahkan seseorang dari sumber stress.
- d. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara seseorang mengoperasikan, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal seseorang.
- e. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi jika berlangsung pada tingkat tidak sadar dan

melibatkan penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini dapat merupakan respon maladaptif terhadap stress.

2.3.6 Tingkatan Kecemasan

Menurut (Mubarak, 2015) mengidentifikasi empat tingkat ansietas dengan penjelasan efeknya:

1. Ansietas Ringan

Berhubungan dalam ketegangan kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas.

2. Ansietas Sedang

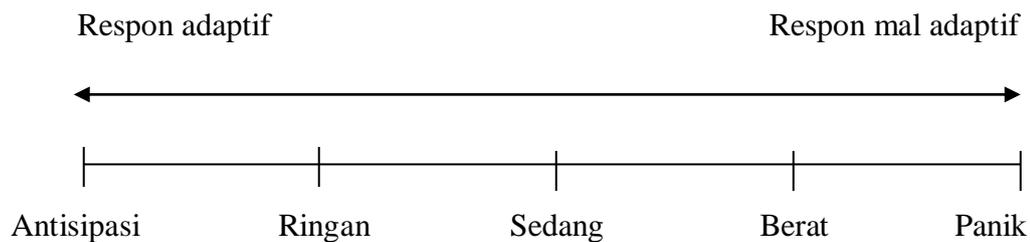
Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3. Ansietas Berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Tingkat Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan terror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya, karena mengalami kehilangan kendali. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan.



Gambar 0.2 Rentang Respon Ansietas

2.3.7 Mekanisme Kecemasan

Menurut (Baradero, 2015) merumuskan tiga tahap reaksi terhadap kecemasan:

1. Tahap reaksi alarm (tanda bahaya)

Stress akan menstimulasi tubuh untuk mengirimkan pesan-pesan dari hipotalamus ke kelenjar (seperti kelenjar adrenal untuk mengeluarkan adrenalin dan norephinefrin) dan ke hepar untuk mengubah glikogen menjadi glukosa (proses glikogenesis) untuk menambah energi yang diperlukan.

2. Tahap resisten (pertahanan)

Pada tahap kedua, fungsi sistem pencernaan akan berkurang agar darah yang dipakainya dapat dialihkan ke organ-organ tubuh yang vital untuk pertahanan. Paru meningkat fungsinya (pernafasan menjadi lebih cepat) untuk memperoleh lebih banyak oksigen, dan jantung

berdenyut lebih kuat dan cepat agar lebih banyak darah yang kaya oksigen dan nutrisi dapat dialirkan ke otot-otot tubuh untuk melakukan “*fight* atau *flight*”. Apabila individu mampu beradaptasi terhadap stress, tubuh akan menjadi relaks kembali, organ dan kelenjar kembali ke fungsi semula.

3. Tahap *exhaustion* (kehabisan tenaga)

Tahap kehabisan tenaga dapat terjadi apabila individu memberi respon negatif terhadap kecemasan. Tubuh mengalami kehabisan tenaga dan komponen emosional tidak terselesaikan, dan efek fisiologis tetap dialami berulang-ulang.

Ansietas menimbulkan respon pada kognitif, psikomotor dan fisiologis yang tidak nyaman seperti kesulitan berikir secara logis, tanda-tanda vital meningkat, perilaku menjadi makin gelisah. Untuk mengurangi perasaan tidak nyaman ini orang tanpa disadarinya sebagai usaha terakhir untuk menyelamatkan diri menggunakan mekanisme pertahanan. Orang juga dapat melakukan adaptasi untuk mengurangi kecemasan seperti relaksasi tubuh secara berturut-turut mulai dari jari-jari kaki sampai kepala, bernafas dalam, pelan dan teratur, memfokuskan perhatian pada pemandangan yang indah dan seterusnya.

2.3.8 Instrumen Pengukuran Kecemasan

Tingkat stres adalah hasil penilaian terhadap berat ringannya stres yang dialami seseorang. Tingkatan stres ini bisa diukur dengan banyak skala. Antaranya adalah dengan menggunakan *Depression Anxiety Stres Scale 42*

(DASS 42) atau lebih diringkaskan sebagai *Depression Anxiety Stres Scale 21* (DASS 21) oleh Lovibond & Lovibond (1995). *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item dan *Depression Anxiety Stres Scale 21* terdiri dari 21 item. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian.

DASS adalah kuesioner 42-item yang mencakup tiga laporan diri skala dirancang untuk mengukur keadaan emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. Masing-masing tiga skala berisi 14 item, dibagi menjadi sub-skala dari 2-5 item dengan penilaian setara konten. Skala Depresi menilai dysphoria, putus asa, devaluasi hidup, sikap meremehkan diri, kurangnya minat / keterlibatan, anhedonia, dan inersia. Skala Kecemasan menilai gairah otonom, efek otot rangka, kecemasan situasional, dan subjektif pengalaman mempengaruhi cemas. Skala Stres (item) yang sensitif terhadap tingkat kronis non-spesifik gairah. Ini menilai kesulitan santai, gairah saraf, dan yang mudah marah/gelisah, mudah tersinggung / over-reaktif dan tidak sabar. Responden yang diminta untuk menggunakan 4-point keparahan/skala frekuensi untuk menilai sejauh mana mereka memiliki mengalami kecemasan.

No	PERNYATAAN	0	1	2	3
1	Saya merasa bibir saya sering kering.				
2	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya).				
3	Saya merasa goyah (misalnya, kaki terasa mau 'copot').				
4	Saya menemukan diri saya berada dalam situasi yang membuat saya merasa sangat cemas dan saya akan merasa sangat lega jika semua ini berakhir.				
5	Saya merasa lemas seperti mau pingsan.				
6	Saya berkeringat secara berlebihan (misalnya: tangan berkeringat), padahal temperatur tidak panas atau tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya.				
7	Saya merasa takut tentang apa yang dialami keluarga saya				
8	Saya mengalami kesulitan dalam menelan.				
9	Saya merasa jantung saya berdebar-debar kencang, walaupun saya tidak melakukan aktivitas berat				
10	Saya merasa saya hampir panik.				
11	Saya takut bahwa saya akan 'terhambat' oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan.				
12	Saya merasa sangat ketakutan.				
13	Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri.				
14	Saya merasa gemetar (misalnya: pada tangan).				

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

0: Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah.

- 1: Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau kadang-kadang.
- 2: Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau lumayan sering.
- 3: Sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali.

Skor untuk masing-masing responden selama masing-masing sub-skala, kemudian dievaluasi sesuai dengan keparahan-rating indeks di bawah :

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1. Normal | : 0-14 |
| 2. Kecemasan Ringan | : 15-18 |
| 3. Kecemasan Sedang | : 19-25 |
| 4. Kecemasan Berat | : 26-33 |
| 5. Panik | : ≥ 34 |

2.4 Konsep Dasar Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah suatu ikatan antara laki-laki dan perempuan berdasarkan hukum dan undang-undang perkawinan yang sah hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Effendi & Makhfudli, 2010).

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

Berdasarkan uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekelompok individu yang tinggal serumah dan memiliki ikatan darah.

2.4.2 Ciri-ciri Keluarga

Menurut Robert Mac Iver dan Charles Horton:

1. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
2. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
3. Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama(Nomen Clatur) termasuk perhitungan garis keturunan.
4. Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota nya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
5. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Ciri-ciri keluarga Indonesia:

1. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong
2. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran
3. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses keputusan dilakukan secara musyawarah.(Setiadi, 2013)

2.4.3 Tipe Keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan.

1. Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

- a. Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- b. Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

2. Secara *Modern* (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokkan tipe keluarga selain diatas adalah:

a. Tradisional *Nuclear*

Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.

b. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu /keduanya dapat bekerja diluar rumah.

c. *Niddle Age/Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri dirumah/ kedua-keduanya bekerja dirumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.

d. *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

e. *Single Parent*

Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

f. *Dual Carrier* , yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g. *Commuter Married*, suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h. *Single Adult*, wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

i. *Three Generation*, yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j. *Istitutiona*, yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.

- k. *Comunal*, yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogamy dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.
- l. *Group marriage*, yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- m. *Unmarried Parent and Child*, yaitu ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.
- n. *Cohibing Coiple*, yaitu dua orang atau satu pasangan yan tinggal bersama tanpa kawin.
- o. *Gay and lesbian family*, yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

Gambaran tentang bentuk keluarga diatas ini melukiskan banyaknya bentuk struktur yang menonjol dalam keluarga saat ini, yang penting adalah keuarga harus dipahami dalam konteknya,labl dan jenisnya hanya berfungsi hanya sebagai referensi bagi penataan kehidupan keuarga dan sebuah kerangka kerja (Setiadi, 2013).

2.4.4 Struktur Keluarga

Struktur Keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah:

1. *Patrilineal*

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

2. *Matrilineal*

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3. *Matrilokal*

Adalah sepasang suamiistri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri

4. *Patrilokal*

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. Keluarga kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Setiadi, 2013).

2.4.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut (Friedman, 2013), fungsi keluarga dibagi menjadi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, dan fungsi kesehatan. Fungsi afektif adalah gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki

dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, saling menghargai dan kehangatan di dalam keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, saling mengasuh, dan menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi.

Fungsi sosialisasi adalah interaksi atau hubungan dalam keluarga, bagaimana keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku berhubungan dengan interaksi. Fungsi ekonomi adalah keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan.

Fungsi kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk bertanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang serta kemauan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

2.4.6 Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan (Setiadi, 2013).

5 tugas kesehatan dalam bidang kesehatan yang harus dilakuan, yaitu:

1. Menegal masalah kesehatan setiap anggotannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.
3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada).

2.5 Penelitian Pendukung

Tabel 0.1 Jurnal Pendukung terkait Penelitian

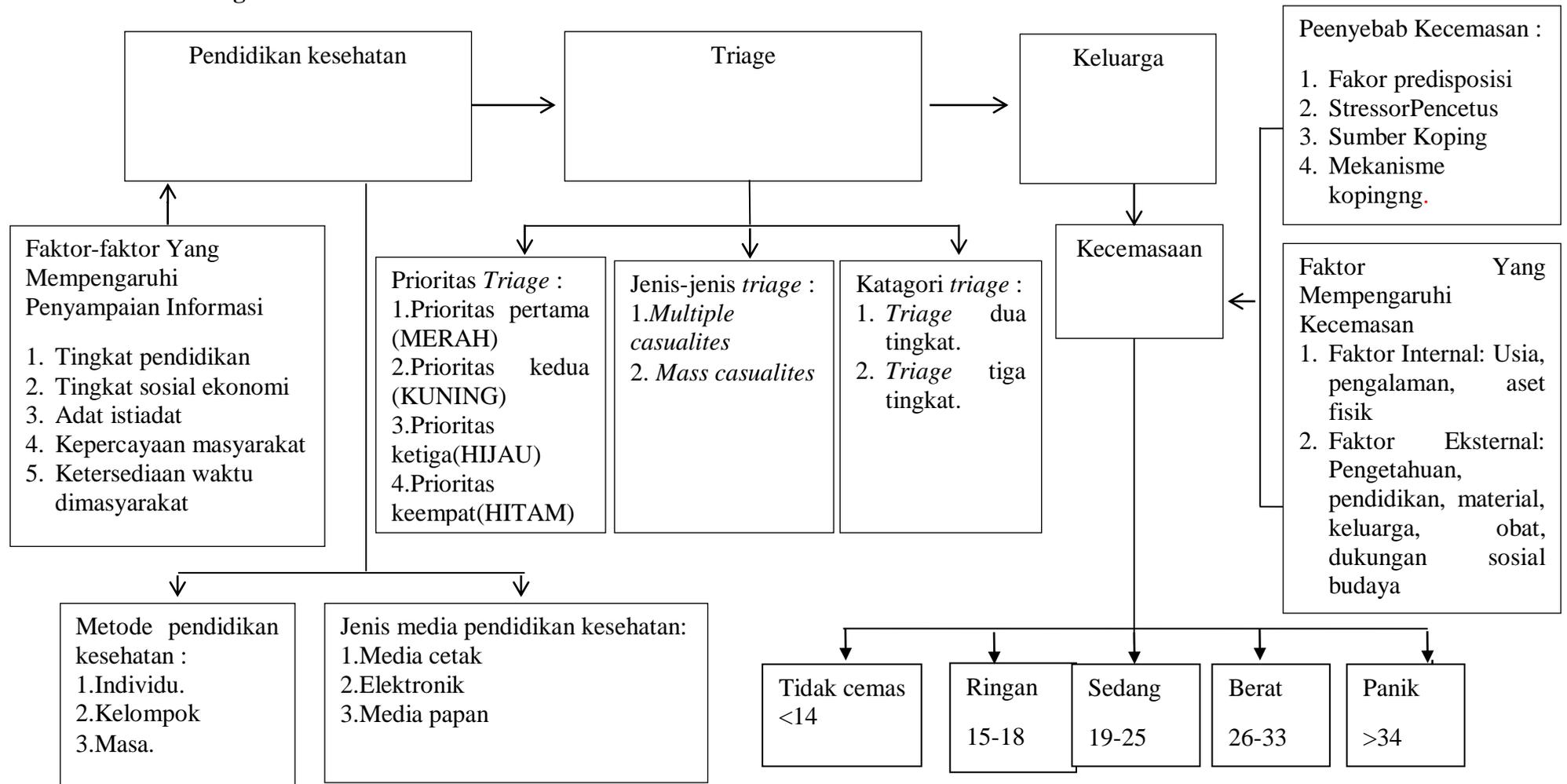
No	Nama Peneliti	Judul penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1.	Mahya Muhimmatul Ifaadah (2017)	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Triase Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Label Hijau Di Igd Rsud Dr. Moewardi Surakarta	Jenis penelitian ini adalah pre experiment dengan rancangan one group pretest post-test.	Berdasarkan hasil penelitian diketahui skor tingkat kecemasan sebelum tindakan pendidikan kesehatan terendah 37 dan tertinggi 66. Berdasarkan hasil penelitian diketahui skor tingkat kecemasan sesudah tindakan pendidikan kesehatan terendah 26 dan tertinggi 61 Rentang nilai tertinggi dan terendah pada tingkat kecemasan sesudah pendidikan kesehatan mencerminkan bahwa kecemasan pada pasien label hijau adalah ringan. Berdasarkan hasil analisa uji Wilcoxon Match Pair, diketahui

			bahwa nilai p (sig) $0.000 < 0.005$ sehingga H_0 ditolak karena terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat kecemasan sebelum pendidikan kesehatan dengan sesudah pendidikan kesehatan.
2	(Hawari,Igede Siswo,Ramsi,If Kilner, 2016)	Hubungan Pengetahuan Tentang Triase Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Label Kuning Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr. Moewardi Surakarta	Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian deskriptif korelatif (non eksperimental). Pengambilan data pada rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional dimana data yang terkait dengan variabel bebas dan terikat akan dikumpulkan secara langsung pada waktu itu juga (point approach)
			Hasil uji korelasi rank spearman hubungan tingkat pengetahuan tentang triase dengan tingkat kecemasan pasien label kuning di IGD RSUD Dr. Moewardi Surakarta diperoleh nilai korelasi rank spearman (rs) sebesar -0,260 dengan nilai signifikansi (p-value) 0,011. Nilai signifikansi uji lebih kecil dari 0,05 ($0,011 < 0,05$) sehingga keputusan uji adalah H_0 ditolak yang bermakna bahwa terdapat hubungan yang signifikan pengetahuan pasien tentang triase dengan kecemasan pasien dengan presentasi hubungan sebesar 6,76% dan sisanya

				oleh faktor-faktor lain yang tidak diteliti.
3	Alfa Cristal Oroh, Mulyadi Rivelino, Hamel (2017)	Hubungan Antara Kondisi Overcrowded Dan Pemberian Informasi Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pancaran Kasih Gmim Manado	Desain penelitian yang dipilih oleh peneliti adalah survei analitik yaitu bertujuan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi, dengan pendekatan cross sectional	Hasil uji statistik Chi-Square test dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$) dan diperoleh p value $0,732 < 0,05$ dan p value $0,123 < 0,05$ Kesimpulan yaitu tidak terdapat hubungan pemberian informasi dengan kecemasan keluarga pasien di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado dan tidak terdapat hubungan antara kondisi Overcrowded dengan kecemasan keluarga pasien di Rumah Sakit Pancaran Kasih GMIM Manado.
4	Ismawati. (2018)	Hubungan Pemberian Informasi Kesehatan Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Label Kuning Di Igd Rsud Undata Provinsi Sulawesi Tengah	Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif. Rancangan penelitian dengan menggunakan desain analitik dengan pendekatan cross sectional	Analisis data menggunakan uji Chi-Square, dengan nilai ($p \leq 0,05$) yaitu $0,002 \leq 0,05$. Simpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara pemberian informasi kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien label kuning di IGD RSUD Undata

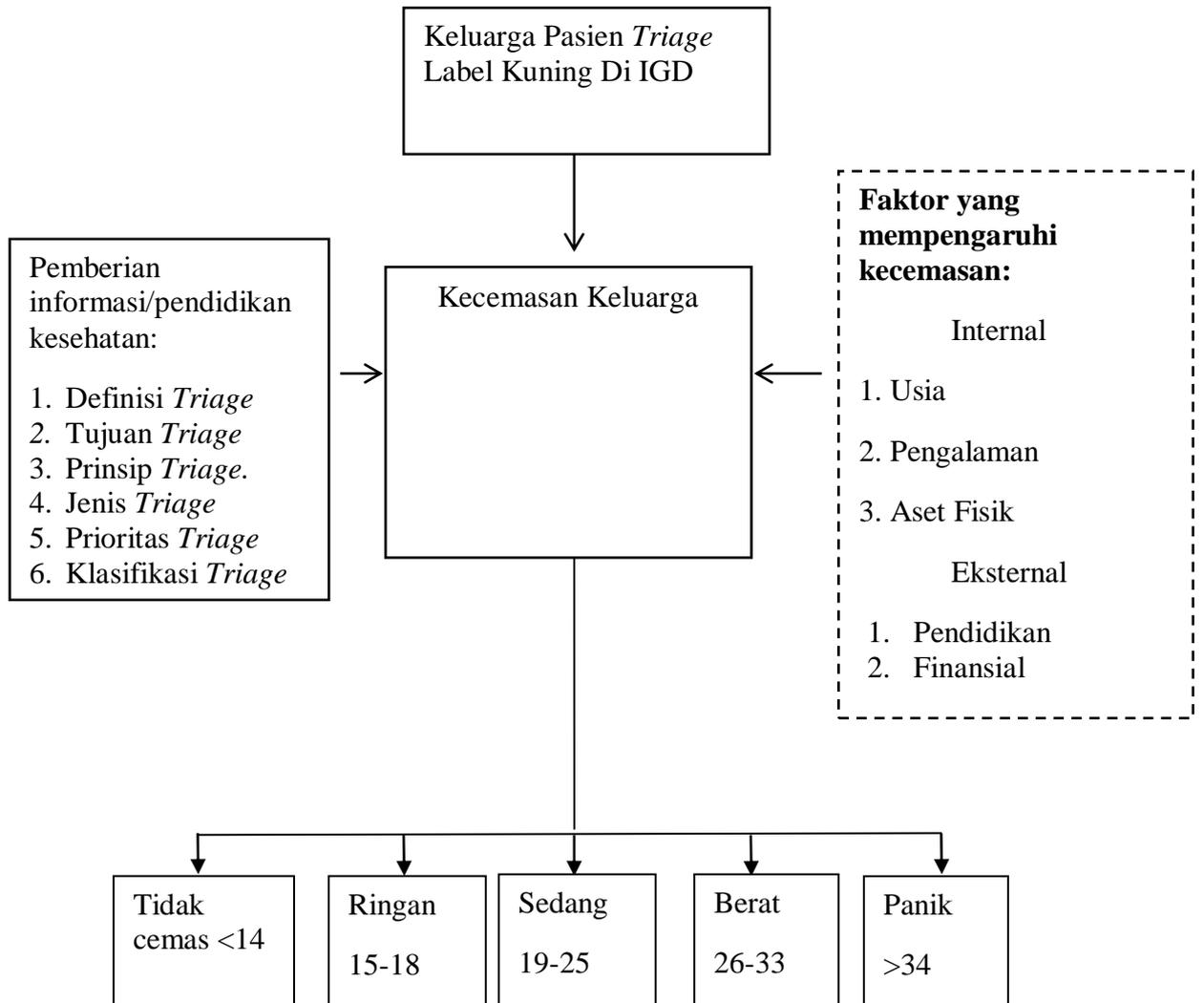
				Provinsi Sulawesi Tengah.
5	Henny Tambengi Mulyadi Vandri Kallo (2017)	Hubungan Waktu Tunggu Dengan Kecemasan Pasien Di Unit Gawat Darurat Rsu Gmim Pancaran Kasih Manado	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif, analitik dengan pendekatan cross sectional yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat	Hasil penelitian uji chi square diperoleh nilai signifikan $p = 0,011 < 0,05$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara waktu tunggu dengan kecemasan pasien di Unit Gawat Darurat RSU GMIM Pancaran Kasih Manado.

2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.2 : Kerangka Teori Pengaruh pemberian informasi/ health education tentang triage dengan leaflet terhadap kecemasan keluarga pasien label kuning di IGD.

2.7 Kerangka Konsep



Keterangan: — : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 0.3 Kerangka konsep pengaruh pemberian informasi/ *health education* tentang *triage* dengan *leaflet* terhadap kecemasan keluarga pasien label kuning di IGD.

2.8 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu kesimpulan sementara dari rumusan masalah atau pernyataan peneliti (Nursalam, 2016).

H0 : Tidak ada pengaruh pemberian informasi/ *health education* tentang triage dengan leaflet terhadap kecemasan keluarga pasien label kuning di IGD.

H1 : Ada pengaruh pemberian informasi/ *health education* tentang *triage* dengan leaflet terhadap kecemasan keluarga pasien label kuning di IGD