

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN PERSEPSI PERAWAT
TENTANG PERILAKUKELUARGA PASIEN YANG MENJALANI
PERAWATAN DI RUMAH (*HOME CARE*) YAYASAN
CAHAYA HUSADA SAMARINDA**

SKRIPSI



DI AJUKAN OLEH :

MARISA MACHMUD

1311308230790

**PROGAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2014

Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Persepsi Perawat tentang Perilaku Keluarga Pasien yang Menjalani Perawatan di Rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda

Marisa. HM¹, Linda D. Novia Fitria², Jumberi.³

INTISARI

Latar Belakang: Masalah kecemasan adalah masalah yang kompleks sehingga perlu penanganan serius. Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut dan tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan manapun sebagai gangguan penyakit (Vida, 2004).

Tujuan Penelitian: Mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga yang menjalani perawatan di rumah (*home care*) Yayasan Cahaya Husada

Metode Penelitian: Penelitian non eksperimental dengan metode *deskriptif korelasi* menggunakan *Cross sectional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, dengan jumlah sampel penelitian 40 responden, sedangkan instrumen penelitian data menggunakan kuesioner, pada analisa bivariat menggunakan *Spearman Rank*.

Hasil Penelitian: Hasil penelitian didapatkan perawat Yayasan Cahaya Husada Samarinda sebanyak 8 responden dengan tingkat kecemasan tidak cemas didapatkan 3 responden (4,4%) memiliki persepsi baik tentang perilaku keluarga pasien, sedangkan 5 responden (3,6%) memiliki persepsi kurang baik tentang perilaku keluarga pasien. Dari 20 responden dengan tingkat kecemasan ringan didapatkan 14 responden (11,0%) memiliki persepsi baik tentang perilaku keluarga pasien dan yang tidak baik sebanyak 6 responden (9,0%), sedangkan 12 responden dengan tingkat kecemasan sedang didapatkan responden yang mengalami persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien sebanyak 5 responden (6,6%) dan yang tidak baik sebanyak 7 responden (5,4%). Uji *Spearman Rank* diperoleh hasil *p value* 0,861 (*p value* (>0,05), maka *H₀* diterima yang artinya tidak ada hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*home care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda

Kesimpulan: Dari semua perawat Yayasan Cahaya Husada Samarinda yang sebagian besar memiliki tingkat kecemasan ringan dan sebagian besar perawat memiliki persepsi tentang perilaku keluarga pasien yang baik.

Kata Kunci: *Perawat, Tingkat Kecemasan, Perilaku Keluarga Pasien*

¹Mahasiswa Program Studi S1 keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

²RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda

³RS Atma Husada Mahakam Samarinda

A Correlational Study: The Relationship between the Level of Anxiety and
Nurseperception about the Behaviour Of Patient's Family Who Has Been in Home Care
Treatment Samarinda Cahaya Husada Institution

Marisa. HM¹, Linda D. Novia Fitria², Jumberi.³

ABSTRACT

Background of the study: Anxiety issue was a complex problem which needs a serious attention. Anxiety was an emotional response to estimation which illustrate the state of nervousness, uneasily, fear and restless followed by some physics complaint. Those conditions could be happen in any various life situations as a disorder.

The purpose of study: To know the relationship between the level of anxiety and nurse perception about the behavior of patient's family who has been in home care treatment

The research method: non experimental research with correlation-descriptive method that used cross sectional. The sampling technique was total sampling, the total amount of sample was 40 respondent. Meanwhile, the research instrument was using questionnaire in bivariat analysis using spearman rank.

The Research result: The result showed from 8 nurse of samarinda cahaya husada Institution who had low anxiety level were 3 respondent (4,4%) they had good perception about family's behavior, others 5 respondents (3,6%) had less good perception toward the patient's family behavior. From 20 respondent who had low level of anxiety, 14 respondent of them (11,0%) had good perception toward the patient's family behavior and 6 respondent (9,0%) who had less good perception. Mean while from 12 respondent who had fair level of anxiety, 5 respondent of them (6,6%) had good perception toward the patient's family behavior and 7 respondent (5,4%) who had less good perception. Gained from the spearman rank test, it showed that result of p value 0,861 (p value (>0,05), so Ho was acceptable which means there is no correlation between the level of anxiety and nurse perception about the behavior of patient's family who has been in home care treatment.

Conclusion: Almost all of nurse of samarinda cahaya husada institution had low level of anxiety and had good perception toward patient's family behavior.

Key word: nurse, level of anxiety, patient's family behavior

¹ Undergraduate nursing student of STIKES Muhammadiyah Samarinda

²RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

³RS Atma Husada Mahakam Samarinda

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	47
B. Populasi dan Sampel.....	48
C. Tempat dan Waktu Penelitian	49
D. Definisi Operasional	49
E. Instrument Penelitian.....	50
F. Uji Validitas dan Reabilitas.....	50
G. Teknik Pengumpulan Data	56
H. Teknik Analisa Data	56
I. Etika Penelitian	60
J. Jalannya Penelitian.....	61

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian.....	64
B. Pembahasan.....	72
C. Keterbatasan penelitian.....	81

SILAKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Spredly dan Allender (1996), dalam Setyowati dan Murwani, (2008) keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas. Menurut WHO (1969), dalam Mubarak, (2010) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga. Guna menempatkan dalam sebuah perspektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang memerlukan penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti: makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Jika dilihat dari perspektif masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar, dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan (Fallen 2010).

Dalam sejarah perkembangan keperawatan, sejak Florence Nightingale yang merupakan awal era perkembangan sistematis dari keperawatan, secara perlahan, teratur dan terus menerus bergerak menuju ke tingkat perkembangan keperawatan sebagai profesi yang mandiri. Proses berjangka panjang lebih bertujuan membangun

landasan keilmuan dan landasan moral yang kokoh dari praktik keperawatan melalui inovasi dalam pendidikan keperawatan (Basford, 2006).

Pada tahun 1995, Henderson merumuskan definisi fungsi unik dari keperawatan. Definisi ini adalah batu loncatan utama dalam munculnya keperawatan sebagai suatu disiplin yang terpisah dari kedokteran. Dia menulis, "Fungsi unik perawat adalah membantu individu, sehat atau sakit, dalam melaksana aktivitas yang berperan pada kesehatan atau pemulihannya (atau untuk menghadapi kematian dengan tenang) yang akan dia lakukan tanpa bantuan apabila dia memiliki kekuatan, keinginan, pengetahuan yang diperlukan dan melakukan hal ini sedemikian rupa sama seperti membantu individu mencapai kemandirian secepat mungkin."(Henderson,1996).

Nightingale Henderson menjelaskan keperawatan dalam kaitannya dengan klien dan lingkungan klien. Tidak seperti Nightingale, Henderson memandang perawat sebagai orang yang memberikan perhatian baik pada individu yang sehat maupun individu yang sakit, mengakui bahwa perawat berinteraksi dengan klien meskipun pemulihan tidak mungkin terjadi dan menyebutkan peran pengajaran dan advokasi perawat (Blais, dkk. 2007).

Menurut Webster (dalam Kasnanto, 2004) profesi adalah suatu pekerjaan yang memerlukan pendidikan yang lama dan menyangkut keterampilan intelektual. Sedangkan pengertian secara umum telah

diterima, profesi adalah suatu pekerjaan yang ditujukan untuk kepentingan masyarakat dan bukan untuk kepentingan golongan atau kelompok tertentu. Berarti profesi sangat mementingkan kesejahteraan orang lain.

Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pelayanan keperawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Pada hakikatnya kegiatan atau tindakan keperawatan bersifat membantu (*assisstive in nature*). Perawat membantu klien/manusia mengatasi efek-efek dari masalah-masalah sehat sakit (*health illness problems*), pada kehidupan sehari-harinya.

Hal ini dilakukan oleh perawat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain mencapai tujuan dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit atau kecelakaan dan rehabilitasi. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien/pasien. Pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar

keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Perawat yang memberikan asuhan keperawatan terlalu cemas dalam memberikan pelayanan keperawatan karena seringnya keluarga pasien yang bertanya. Cemas juga disebabkan oleh kurangnya pengetahuan perawat dan kurangnya skill di lapangan.

Prevalensi kecemasan di Indonesia berkisar antara 2-5% dari populasi umum yang disebabkan oleh berbagai faktor (Rehatta, 1999). Konsep psikoneuroimunologi menjelaskan kecemasan sebagai stresor yang bisa menurunkan imun tubuh. Angka kecemasan yang tinggi dan faktor penyebabnya yang cukup kompleks memerlukan penanganan yang serius (Budiarti, 2006).

Hasil survey penelitian Hartoyo (2010) tentang kecemasan perawat di Ruang EID dan ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang. Menunjukkan hasil yaitu responden yang mempunyai kecemasan sedang 2 orang (6,7%), responden yang mempunyai kecemasan ringan 9 orang (30%) dan yang tidak mengalami kecemasan 19 orang (63,3%).

Kecemasan dapat terjadi disaat perawat yang baru pertama kali merawat pasien di rumah karena masih beradaptasi dengan keluarga pasien dan masih kurang memahami tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien.

Cemas dapat menyebabkan kesalahan dalam melakukan tindakan keperawatan dan pemberian informasi yang kurang tepat, pada keluarga pasien. Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut dan tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan manapun sebagai gangguan penyakit (Vida, 2004). Sedangkan menurut Pietra (2001) dan Haryanto (2004) kecemasan adalah adanya reaksi yang menjadi nyata atau bayangan ancaman dan perasaan umum dari tidak aman atau rasa takut. Masalah kecemasan adalah masalah yang kompleks sehingga perlu penanganan serius.

Home care adalah suatu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit. Berdasarkan hasil pengkajian *Need Assesment Home Care* di wilayah Jakarta didapatkan hasil bahwa hampir seluruh responden yang merupakan pengelola program kesehatan dan konsumen menyatakan perlu dikembangkan pelayanan perawatan kesehatan di rumah (Ismiyati, 2009).

Dari hasil wawancara terhadap salah 1 orang perawat di *home care* Yayasan Cahaya Husada Samarinda, pada tanggal 5 Mei 2014 rata-rata belum pernah mendapatkan pelatihan secara khusus tentang perawatan pasien di rumah. Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui wawancara terhadap 5 perawat, terdapat 5 perawat yang

mengatakan cemas hari pertama merawat pasien di rumah, mereka merasa cemas jika mereka harus menghadapi lingkungan baru (pasien baru), merasa cemas jika mereka salah melakukan tindakan keperawatan, serta tekanan-tekanan dari keluarga pasien (seperti ditegur dengan keras jika melakukan kesalahan, keluarga pasien yang sering bertanya). Keluarga yang kurang kooperatif dan bina hubungan saling percaya perawat kurang terhadap keluarga pasien.

Berdasarkan fenomena diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut adakah hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka dirumuskan masalah penelitian “Adakah hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan usia, tingkat pendidikan, status pekerjaan, lama bekerja, pengalaman kerja sebelumnya dan pelatihan yang pernah diikuti
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*)
- c. Mengidentifikasi persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*)
- d. Menganalisis hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Merupakan pengalaman yang berharga dalam mengembangkan dan memperluas wawasan di bidang ilmu keperawatan, khususnya keperawatan *home care* di komunitas.

2. Bagi institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi bahan pertimbangan penelitian selanjutnya

3. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menambah wawasan dan mengetahui tingkat

kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*Home Care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

4. Bagi *Home Care*

Diharapkan dapat memberikan informasi pada perawat di *home care*

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2008), yang berjudul “*Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Melakukan Tindakan Sitostatika Di Rumah Sakit Roemani Semarang*”.

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti terdahulu adalah *metode deskriptif korelasional*. Populasi berjumlah 250 orang, cara pengambilan sampel dengan *teknik purposive sampel*. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sekarang terletak pada variabel, waktu dan tempat pelaksanaan, teknik pengambilan sampel serta metode penelitian. Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti sekarang adalah *cross sectional*.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Hartoyo (2010), yang berjudul “*Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien Flu Burung di Ruang EID dan ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang*”.

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti terdahulu adalah *metode deskriptif korelasional*. Populasi berjumlah 30 orang. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti sekarang terletak pada variabel, waktu dan tempat pelaksanaan dan jumlah responden 40 orang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kecemasan

Menurut Wiramihardja (2005), Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya. Menurut Kaplan, Sadock dan Grebb (dalam Fitri Fauziah & Julianti Widuri, (2007) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Berdasarkan beberapa uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu perasaan subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis (misalnya gemetar, berkeringat, detak jantung

meningkat) dan psikologis (misalnya panik, tegang, bingung, tidak bisa berkonsentrasi).

a. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart & Sunden (2003), menyatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu:

1) Faktor Predisposisi

a) Psikoanalitik

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan implus primitive 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 cemas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Interpersonal

Cemas timbul dari perasaan takut terhadap tidak ada penerimaan dan penolakan interpersonal. Cemas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah

terutama mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.

c) Perilaku

Cemas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas sebagai dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari dari kepedihan.

d) Keluarga

Keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.

e) Biologis

Menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepam, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gamma-aminobutirat (GABA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi kecemasan. Kecemasan

mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

2) Faktor Prepitasi

Kecemasan adalah keadaan yang tidak dapat dielakan pada kehidupan manusia dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman ansietas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Faktor prepitasi meliputi.

- a) *Ancaman terhadap integritas fisik* meliputi fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- b) *Ancaman terhadap system diri* dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.

b. Gejala Klinis Cemas

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan menurut Hawari (2011) antara lain:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
- 2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang

- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- 6) Keluhan-keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging atau *tinitus*, berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

c. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart (2007) kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu:

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari; kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2) Kecemasan Sedang

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

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Berhubungan dengan ketakutan dan terror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional.

d. Mekanisme Koping

Ketika mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menjadi lebih intens. Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran

yang sadar. Kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping yaitu:

- 1) Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis.
 - a) Perilaku menyerang digunakan untuk menjauhkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.
 - b) Perilaku menarik diri digunakan untuk menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis.
 - c) Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan, atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.
- 2) Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang.

e. Cara Mengukur Kecemasan

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat, dan berat sekali (panik) menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Alat ukur untuk mengukur kelompok gejala masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Cara penilaian tingkat

kecemasan dengan menggunakan skala tingkat kecemasan

Hamilton yaitu :

1) 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 sepuluh dari gejala yang ada)

4 : Sangat berat (semua gejala ada)

2) Penilaian Derajat Kecemasan

Skor <6 (tidak cemas)

Skor 6-14 (kecemasan ringan)

Skor 15-27 (kecemasan sedang)

Skor >27 (kecemasan berat)

3) Kuesioner Kecemasan HARS meliputi:

a) Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

b) Ketegangan : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesuh.

c) Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.

d) Gangguan tidur : sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.

- e) Gangguan kecerdasan : penurunan gaya ingat mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- f) Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyelangkan, sepanjang hari.
- g) Gejala somatik : nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h) Gejala sensori : perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta marasa lemah.
- i) Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- j) Gejala pernafasan : rasa tertekan didada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
- k) Gejala gastrointestinal : sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut.
- l) Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea.
- m) Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- n) Prilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

2. Persepsi

a. Pengertian

Persepsi merupakan proses pengolahan mental secara sadar terhadap stimulus sensori (Dorland, 2002). Definisi lain persepsi adalah stimulus yang diindera oleh individu, diorganisasikan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari, mengerti tentang apa yang diindera.

Proses terbentuknya persepsi didahului adanya penginderaan yaitu merupakan proses yang berwujud diterimanya stimulus oleh individu melalui alat reseptornya. Namun proses itu tidak berhenti sampai disitu saja, melainkan stimulus tersebut diteruskan ke pusat susunan syaraf pusat yaitu otak dan terjadilah proses psikologis, sehingga individu menyadari apa yang ia lihat, apa yang ia dengar dan sebagainya, individu mengalami persepsi. Karena itu proses pengindraan tidak dapat lepas dari proses persepsi. Proses pengindraan merupakan pendahuluan dari persepsi (Walgito, 1994).

Menurut Sunaryo (2004) persepsi dapat diartikan sebagai proses diterimanya rangsang melalui panca indra dengan didahului oleh perhatian sehingga individu mampu mengetahui, mengartikan dan menghayati tentang hal yang diamati, baik yang ada di luar maupun di dalam dari individu.

b. Macam-macam persepsi

Ada dua macam persepsi menurut Sunaryo (2004) yaitu :

- 1) *External perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang terjadi dari luar individu.
- 2) *Self perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsang yang datang dari dalam individu. Dalam hal ini yang menjadi obyek adalah dirinya sendiri.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Krech dan Richard (1992) dalam Walgito (1994), yaitu :

1) Faktor *fungsiional*

Merupakan faktor yang berasal dari kebutuhan, pengalaman, masalah dan hal-hal yang termasuk faktor-faktor personal yang menentukan persepsi, bukan jenis atau bentuk stimuli tetapi karakteristik orang yang memberikan respon pada stimuli tersebut.

2) Faktor *strutural*

Faktor-faktro yang berasal semata-mata dari sifat stimuli fisik dan efek-efek saraf yang ditimbulkan pada saraf individu. Faktor lain yang mempengaruhi persepsi yakni perhatian, di dalam pengertiannya perhatian adalah proses mental ketika stimuli/rangkaian stimuli menjadi menonjol dalam kesadaran pada saat stimuli lainnya melemah.

3. Keperawatan

a. Pengertian

Keperawatan adalah rantai sentral dalam jaringan praktik penghubung yang terdapat dalam perawatan kesehatan. Dalam upaya memahami seperti apa praktik keperawatan hari ini-apa arti sebagai seorang perawat dan bagaimana kita dapat menjadi seorang perawat, kita harus melihat ke belakang.

Setiap perawat memiliki keyakinan pribadi tentang sifat dasar keperawatan-intisari keperawata, kualitasnya-sesungguhnya, apa yang perawat dapat berikan kepada orang lain yang tidak dapat diberikan oleh profesi kesehatan lain. Secara penting, definisi keperawatan memberikan keduanya, ekspresi dan implisit dan arahan dalam “kerja” keperawatan.

Pada tahun 1995, Henderson merumuskan definisi fungsi unik dari keperawatan. Definisi ini adalah batu loncatan utama dalam munculnya keperawatan sebagai suatu disiplin yang terpisah dari kedokteran. Dia menulis, “Fungsi unik perawat adalah membantu individu, sehat atau sakit, dalam melaksanakan aktivitas yang berperan pada kesehatan atau pemulihannya (atau untuk menghadapi kematian dengan tenang) yang akan dia lakukan tanpa bantuan apabila dia memiliki kekuatan, keinginan, atau pengetahuan yang diperlukan dan melakukan hal ini sedemikian rupa sama seperti membantu

individu mencapai kemandirian secepat mungkin.” (Henderson, 1996).

Perawat profesional harus menghadapi tanggung jawab etik dan konflik yang mungkin mereka alami sebagai akibat dari hubungan mereka yang unik dalam praktik profesional. Standar perilaku perawat ditetapkan dalam kode etik yang disusun oleh asosiasi keperawatan internasional, nasional dan negara bagian atau provinsi. Perawat harus mampu menerapkan prinsip etik dalam pengambilan keputusan dan mencakup nilai dan keyakinan dari klien, profesi, perawat dan semua pihak yang terlibat.

b. Peran Perawat

Perawat merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dalam maupun luar profesi keperawatan dan bersifat konstan.

Doheny (1982) mengidentifikasi beberapa elemen peran perawat profesional, meliputi :

- 1) *Care giver*, sebagai pemberi asuhan keperawatan;
- 2) *Client advocate*, sebagai pembela untuk melindungi klien;
- 3) *Counsellor*, sebagai pemberi bimbingan/konseling klien;
- 4) *Educator*, sebagai pendidik klien;

- 5) *Collaborator*, sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain;
- 6) *Coordinator*, sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber dan potensi klien;
- 7) *Change agent*, sebagai pembaru yang selalu dituntut untuk mengadakan perubahan-perubahan;
- 8) *Consultant*, sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien.

Perawat memiliki tanggung jawab untuk melindungi hak klien dengan bertindak sebagai advokat klien. Advokasi berasal dari prinsip etik kemanfaatan (*Beneficence*) (tugas untuk melakukan sesuatu yang baik) dan tidak membahayakan (*nonmaleficence*) (tugas untuk tidak melakukan hal yang membahayakan).

4. Perilaku

a. Pengertian Perilaku

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

b. Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Green dalam Notoatmodjo (2010), mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Green menyatakan bahwa perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1) Faktor-faktor Predisposisi (*predisposing factor*)

Yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

2) Faktor-faktor Pemungkin (*enabling factor*)

Yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku meliputi tersedianya fasilitas atau sarana kesehatan misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.

3) Faktor-faktor Penguat (*reinforcing factor*)

Yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang meliputi orang tua, tokoh masyarakat, petugas kesehatan, atau petugas yang lain.

c. Proses terjadinya perilaku

Perilaku dapat terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon maka disebut teori "S-O-R" (*Stimulus-Organisme-Respon*). Selanjutnya teori Skinner (1938) dibedakan menjadi dua respon yaitu:

- 1) *Respondent respons* atau *reflexive*, yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulus*, karena menimbulkan responrespon yang relatif tetap. *Respondent respons* juga mencakup perilaku emosional.
- 2) *Operant respons* atau *instrumental respons* yaitu respon yang timbul dan berkembang kemudian di ikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforcer* karena berfungsi untuk memperkuat respons.

Berdasarkan teori "S-O-R" tersebut, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

- 1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk "*unobservable behavior*"

atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau "*observable behavior*".

Perilaku individual yang biasanya dilakukan dipengaruhi sebagian oleh *instink*, sebagian oleh pengalaman, dan sebagian oleh apa-apa yang dipelajari dari anggota-anggota lain dari lingkungan sosial dimana ia menjadi anggotanya. Perilaku yang terjadi diawali dengan adanya pengalaman-pengalaman seseorang serta faktor diluar orang tersebut (lingkungan). Kemudian pengalaman dan lingkungan tersebut diketahui dan dipersepsikan, diyakini dan sebagainya sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Rogers juga mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan, yakni: orang mengetahui stimulus terlebih dahulu (*awareness*), orang mulai tertarik kepada

stimulus (*interest*), menimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya (*evaluation*), orang telah mulai mencoba perilaku baru (*trial*), kemudian terbentuklah perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus (*adoption*).

Menurut Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) *domain* yakni: kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Perubahan atau adopsi perilaku baru merupakan suatu proses dan secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yaitu:

a) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010). Pengetahuan adalah hasil tahu manusia yang sekedar menjawab pertanyaan "*what*" (Notoatmodjo, 2002). Pengetahuan adalah kumpulan pengalaman-pengalaman dan pengetahuan-pengetahuan dari sejumlah orang yang dipadukan secara harmonik dalam suatu bangunan yang teratur (Ahmadi, 2004).

b) Sikap

Pengertian *attitude* dapat diterjemahkan dengan sikap terhadap obyek tertentu, yang dapat merupakan sikap pandangan atau sikap perasaan, tetapi sikap tersebut disertai oleh kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan sikap terhadap obyek tersebut. Jadi *attitude* itu tepat diterjemahkan sebagai sikap dan kesediaan beraksi terhadap suatu hal. *Attitude* itu senantiasa terarahkan terhadap suatu hal, suatu obyek. Tidak ada *attitude* tidak ada obyeknya (Gerungan, 1996).

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Menurut Newcomb (dalam Notoatmodjo, 2010) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

c) Praktik

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Setelah seseorang mengetahui stimulus atau obyek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya. Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan, atau dapat juga

dikatakan perilaku kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

d. Perubahan Perilaku

Menurut Notoatmodjo 2007, perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga bagian yaitu:

1) Perubahan alamiah (*natural change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamia. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi maka anggota masyarakat didalamnya akan berubah.

2) Perubahan terencana (*planned chang*)

Perubahan ini memang karena direncanakan subjek.

3) Kesiediaan untuk berubah (*readiness change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan didalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat menerima perubahan tersebut (berubah perilaku) dan sebagian orang lagi sangat lambat. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan yang berbeda-beda untuk berubah.

5. Keluarga

a. Pengertian keluarga

Menurut Spredly dan Allender (1996), dalam Setyowati dan Murwani, (2008) keluarga adalah satu atau lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional dan mengembangkan dalam interelasi sosial, peran dan tugas. Menurut WHO (1969), dalam Mubarak, (2010) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Menurut Bailon dan Maglaya (1978), dalam Sudiharto, (2007) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Menurut Departemen Kesehatan (1988), dalam Sudiharto, (2007) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala rumah tangga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Menurut Friedman (1998), dalam Sudiharto (2007), definisi keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Sedangkan menurut BKKBN (1999), dalam Sudiharto (2007), keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, maupun memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan

materil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungan.

b. Bentuk Keluarga

Menurut Sudiharto (2007) beberapa bentuk keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak, baik karena kelahiran (*natural*) maupun adopsi.
- 2) Keluarga asal (*family of origin*), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
- 3) Keluarga asal (*extended family*), keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu, termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis (*gay/lesbian family*).
- 4) Keluarga Berantai (*social family*), keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- 5) Keluarga dua atau janda, keluarga yang terbentuk karena perceraian dan atau kematian pasangan yang dicintai.

- 6) Keluarga komposit (*composite family*), keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- 7) Keluarga kohabitasi (*cohabitation*), dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bias memiliki anak atau tidak. Di Indonesia bentuk keluarga ini tidak lazim dan bertentangan dengan budaya timur.
- 8) Keluarga inses (*incest family*), misalnya anak perempuan menikah dengan ayah kandungnya, ibu menikah dengan anak kandung laki-laki, paman menikah dengan keponakannya, kakak menikah dengan adik dari satu ayah dan satu ibu, dan ayah menikah dengan anak perempuan tirinya. Walaupun tidak lazim dan melanggar nilai-nilai budaya, jumlah keluarga inses semakin hari semakin besar.
- 9) Keluarga tradisional dan nontradisional, dibedakan berdasarkan ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan, misalnya ayah-ibu dan anak hasil perkawinan atau adopsi. Sedangkan keluarga nontradisional tidak diikat oleh perkawinan, misalnya sekelompok orang yang tinggal disebuah asrama.

c. Struktur dan Fungsi Keluarga

Menurut Mubarak (2009), struktur keluarga terdiri atas beberapa macam yaitu:

1) Patrilineal

Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2) Matrilineal

Matrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri atas sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3) Matrilokal

Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4) Patrilokal

Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5) Keluarga kawinan

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

Menurut Friedman (1999), dalam Sudiharto (2007) lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Fungsi afektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
- 2) Fungsi sosialisasi, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.
- 3) Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumberdaya manusia.
- 4) Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan dan papan.
- 5) Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

d. Dukungan Keluarga

Menurut Gottlieb (dalam Kuncoro 2002), dukungan keluarga adalah komunikasi verbal dan non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek didalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Menurut Serason (dalam Kuncoro 2002), mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian, dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.

Menurut Friedman (1998), dalam Marlina (2010), setiap keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya adapun fungsi tersebut antara lain:

1) Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan disseminator, yaitu penyebar informasi. 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.

2) Dukungan Instrumental

Melalui dukungan instrumental keluarga diharapkan memberi fasilitas kepada semua kebutuhan anggota keluarga baik itu bio, psiko, social dan spiritual. Dimana kebutuhan bio adalah kebutuhan dasar seperti membantu anggota keluarga ketika makan dan minum. Kebutuhan psikososial seperti rasa nyaman anggota keluarga. Kebutuhan sosial merupakan kebutuhan yang berasal dari lingkungan luar seperti lingkungan masyarakat sedangkan kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk beribadah dan mendekatkan diri kepada Tuhan.

3) Dukungan penilaian/penghargaan

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

sumber dan validator identitas anggota keluarga yang sakit diantaranya memberikan dukungan (*support*), penghargaan, dan perhatian.

4) Dukungan emosional

Dukungan emosional terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku yang diperoleh individu ini. Status dukungan emosional mengacu pada kesenangan yang dirasakan, penghargaan akan kepedulian atau membantu orang menerima dari orang-orang atau kelompok-kelompok lain.

e. Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut Freudman (1981), dalam Mubarak, (2010) tugas keluarga dalam bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan, karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua.

2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya.

3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan, maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan tempat bersosialisasi bagi anggota keluarga. Oleh karena itu, kondisi rumah haruslah dapat menjadikan lambang ketenangan, keindahan, ketentraman, dan dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarganya.

5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila ada keluarga atau anggota keluarga yang mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan

kesehatan maka dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit.

f. Perawatan Kesehatan Keluarga

Fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam pengkajian keluarga. Guna menempatkan dalam sebuah perspektif, fungsi ini merupakan salah satu fungsi keluarga yang memerlukan penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti: makanan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Jika dilihat dari perspektif masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar, dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan (Fallen, 2010).

6. Keperawatan Kesehatan di Rumah

Secara historis, perawat yang memberikan layanan langsung di rumah adalah generalis yang berpengaruh yang berfokus pada hasil akhir preventif, penyuluhan, pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang. Saat ini, layanan kesehatan di rumah berpusat pada perawatan berkala dan tersendiri dengan hasil akhir penyembuhan jangka pendek.

Banyak perawat kesehatan di rumah adalah generalis atau spesialis yang memiliki keterampilan teknologi tinggi yang sebelumnya hanya digunakan di tempat perawatan akut. Perawat ini berkolaborasi dengan dokter dan profesional perawatan kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan; biasanya, pembayar pihak ketiga membayar untuk layanan yang mereka berikan.

Asuhan keperawatan di rumah adalah salah satu sektor yang berkembang sangat cepat dalam sistem perawatan kesehatan. Lebih dari enam juta orang Amerika saat ini mendapatkan perawatan di rumah (Stackhouse, 1998). Beberapa faktor berperan pada perkembangan perawatan kesehatan di rumah, yaitu : a. peningkatan populasi lansia, yang sering menjadi resipien perawatan di rumah; b. pembayar pihak ketiga yang menyukai perawatan di rumah untuk mengontrol biaya; c. kemampuan lembaga dan institusi memberikan layanan berteknologi tinggi di rumah dengan berhasil; d. konsumen yang lebih suka mendapatkan keperawatan di rumah dibandingkan di institusi (Stulginsky, 1993)

Pemberian layanan keperawatan di rumah disebut dengan istilah, termasuk keperawatan kesehatan di rumah, keperawatan di rumah dan keperawatan kunjungan. Mendefinisikan perawatan kesehatan di rumah sebagai “semua layanan dan produk yang diberikan kepada klien di rumah mereka untuk mempertahankan,

memulihkan, atau meningkatkan kesehatan fisik, mental dan emosional mereka.” (Spradley dan Allender, 1996)

Perawatan kesehatan di rumah adalah komponen kontinum perawatan kesehatan komprehensif yang dengan layanan kesehatan diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian sambil meminimalkan pengaruh disabilitas dan penyakit, termasuk penyakit terminal. Layanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individu dan keluarga direncanakan, dikoordinasikan dan disediakan oleh pemberi perawatan yang diorganisasi untuk pemberian perawatan di rumah melalui penggunaan staf pegawai, rencana kontrak, atau kombinasi kedua pola.

Saat ini, perawat kesehatan di rumah bekerja terutama dengan klien sakit. Akan tetapi, perawat kesehatan di rumah juga harus menggabungkan pengetahuan mereka mengenai pengaruh sosial, ekonomi dan lingkungan terhadap kesehatan ketika merencanakan perawatan. Meski fokus utamanya adalah individu, keluarga juga harus dipertimbangkan.

Perawat kesehatan di rumah mengaplikasikan prinsip-prinsip kesehatan komunitas pada populasi yang sakit. *American Nurses Association* mendukung pandangan bahwa kesehatan di rumah

adalah subspecialisasi dari keperawatan kesehatan komunitas (Clark, 1999).

Perawat kesehatan di rumah mengidentifikasi keuntungan signifikan dalam perawatan untuk individu dan keluarga di rumah. Lingkungan rumah bersifat akrab; keakraban ini membantu pengenalan, berbagi, hubungan dan kepedulian antara klien, keluarga dan perawat mereka.

Perilaku bersifat lebih alamiah, keyakinan dan praktik budaya lebih nyata dan interaksi multigenerasi cenderung diperlihatkan. Perawat kesehatan di rumah menjadi realistis mengenai apa yang mereka dapat perbaiki dan mempelajari cara memberikan berbagai dukungan dan menggunakan intervensi kreatif untuk apa yang mereka tidak dapat perbaiki (Stulginsky, 1993).

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Hartoyo (2010), yang berjudul "Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Tingkat Kecemasan Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien Flu Burung di Ruang EID dan ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang" Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan deskriptif korelasional. Pendekatan yang digunakan *cross sectional*, Teknik sampling menggunakan total sampling. Data diperoleh melalui kuesioner tingkat pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien flu burung dengan tingkat kecemasan. Hasil penelitian menunjukkan dari 30

responden yang berpengetahuan tinggi 16,7%, berpengetahuan sedang 83,3%. Sedang hasil tingkat kecemasan, yang tidak cemas 63,3%, cemas ringan 30%, cemas sedang 6,7%. Hasil uji hipotesis chi square dengan taraf signifikansi (α) yang diambil sebesar 5 % maka nilai korelasi antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien flu burung menunjukkan korelasi positif yaitu 0,007. Menunjukkan bahwa H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien flu burung.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2008), yang berjudul *“Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Melakukan Tindakan Sitostatika Di Rumah Sakit Roemani Semarang”*. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif korelasional. Populasi penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di Rumah Sakit Roemani Semarang yang berjumlah 250 orang yang diambil dengan tehnik purposive sampel. Data yang terkumpul dianalisa dengan memakai skala ordinal. Tingkat pengetahuan responden tentang sitostatika sebagian besar dalam kategori cukup yaitu 42 responden (84 %), 6 responden (12 %) dalam kategori pengetahuan baik dan 2 responden (4 %) dengan dalam kategori

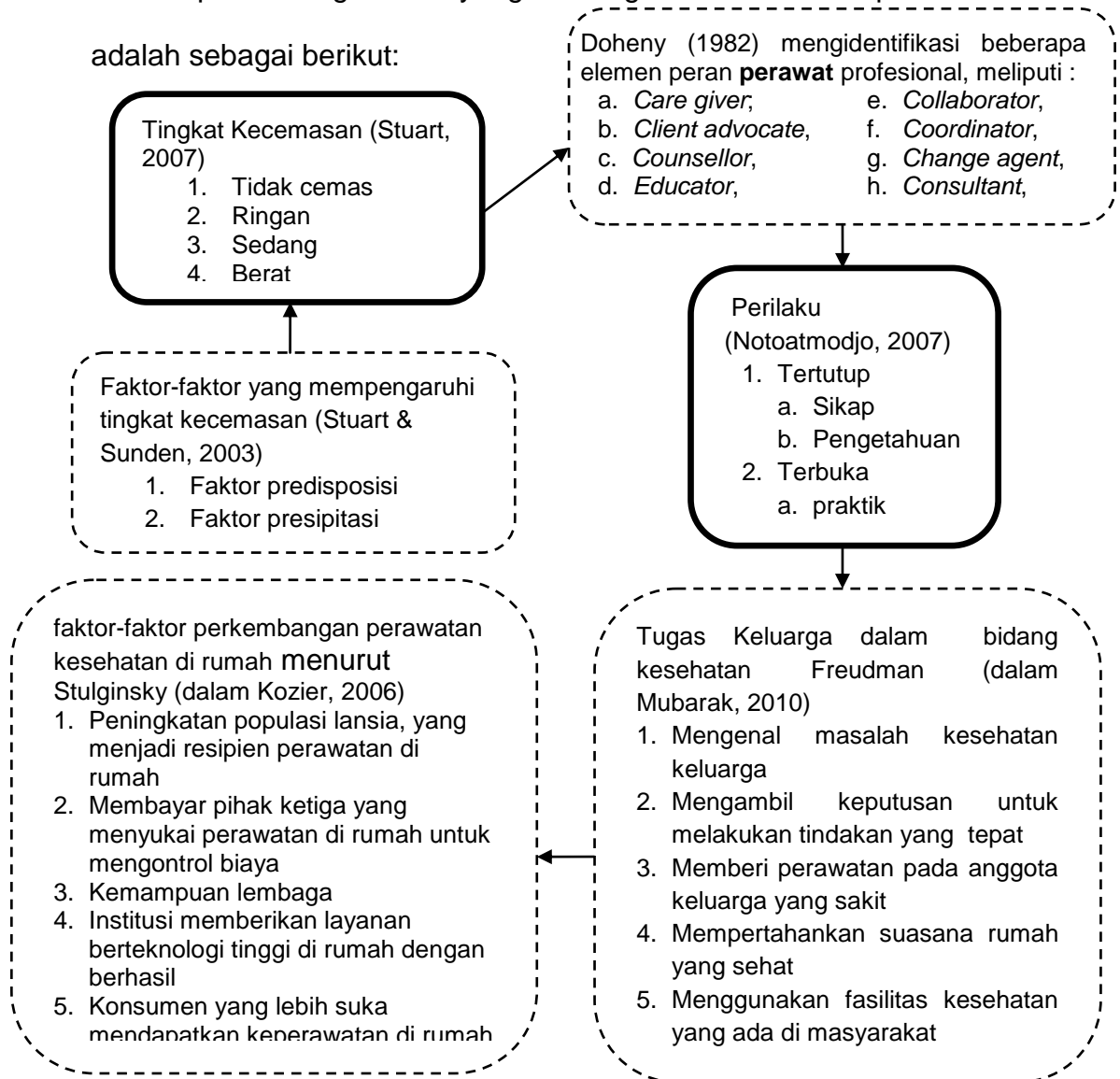
tingkat pengetahuan kurang. Tingkat kecemasan responden tentang sitostatika sebagian besar mengalami tingkat kecemasan ringan yaitu 32 (64%) orang dan 12 (24%) orang mengalami tingkat kecemasan sedang. Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan dalam melakukan tindakan sitostatika menunjukkan bahwa mayoritas responden dengan tingkat pengetahuan cukup menimbulkan kecemasan ringan yaitu 32 responden (64%) sedangkan 12 responden (24%) dengan tingkat pengetahuan cukup menimbulkan kecemasan sedang.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian adalah model konseptual yang menggambarkan hubungan antara berbagai macam faktor yang telah diidentifikasi sebagai suatu hal yang penting bagi suatu masalah (Notoatmodjo, 2010).

Adapun kerangka teori yang bisa digambarkan dalam penelitian ini

adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

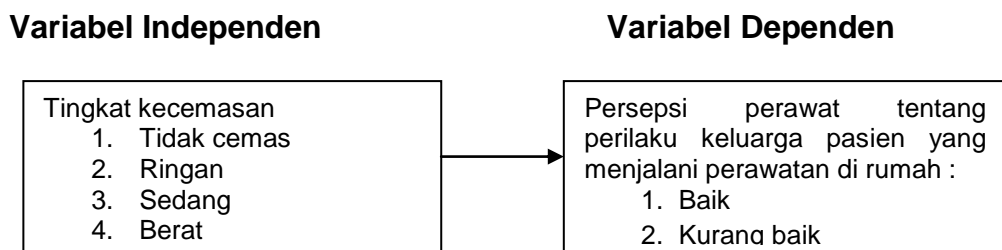
Keterangan :

Yang diteliti :

Tidak diteliti :

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 2005). Dalam penelitian ini, akan mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien di rumah, yang meliputi variabel independen : tingkat kecemasan, variabel dependen : persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah. Keseluruhan variabel tersebut digambarkan dalam suatu kerangka seperti yang ada dibawah ini :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

Variabel yang diteliti :

Garis penghubung : →

E. Hipotesis

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang sesuatu yang diduga atau hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. Biasanya hipotesis terdiri dari pernyataan

terhadap adanya atau tidak adanya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas (*independent variables*) dan variabel terkait (*dependent variable*) (Notoatmodjo, 2010).

Berdasarkan kerangka penelitian yang telah disusun, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Hipotesis Alternatif (Ha)

Ha : Ada hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*home care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

2. Hipotesis Nol (Ho)

Ho: Tidak Ada hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yang menjalani perawatan di rumah (*home care*) Yayasan Cahaya Husada Samarinda.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan. Sesuai dengan latar belakang permasalahan dan tujuan serta hasil penelitian yang telah di lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan, yaitu :

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini :
 - a) Karakteristik responden berdasarkan usia perawat di Yayasan Cahaya Husada lebih banyak yang berumur 20-25 tahun berjumlah 37 orang (92,5%)
 - b) Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan perawat di Yayasan Cahaya Husada lebih banyak yang berpendidikan Diploma III Keperawatan berjumlah 38 orang (95,0 %).
 - c) Karakteristik responden berdasarkan status pekerjaan perawat di Yayasan Cahaya Husada sebagian besar yaitu honorer berjumlah 19 orang (47,5 %)
 - d) Karakteristik responden berdasarkan lama bekerja perawat di Yayasan Cahaya Husada lebih setengah yaitu 1-5 bulan berjumlah 21 orang (52,5 %).

- e) Karakteristik responden berdasarkan pengalaman bekerja sebelumnya perawat di Yayasan Cahaya Husada lebih banyak yang tidak bekerja berjumlah 37 orang (92,5 %).
- f) Karakteristik responden berdasarkan pelatihan yang pernah diikuti perawat di Yayasan Cahaya Husada lebih banyak mengikuti yaitu BTCLS dan perawatan luka berjumlah 32 orang (80,0%)
2. Tingkat kecemasan responden yaitu tidak cemas berjumlah 8 orang (20,0 %), cemas ringan berjumlah 20 orang (50,0 %) dan cemas sedang berjumlah 12 orang (30,0 %).
 3. Persepsi perawat tentang perilaku keluarga pasien yaitu baik berjumlah 22 orang (45,0 %) dan kurang baik berjumlah 18 orang (55,0 %).
 4. Hasil penelitian ini H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan tingkat kecemasan dengan persepsi perawat tentang perilaku keluarga yang menjalani perawatan di rumah (*home care*) dengan $\alpha=0,05$ ($>0,05$).

B. Saran

1. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan wawasan baru dalam bidang penelitian serta untuk referensi bagi peneliti selanjutnya. Diharapkan peneliti selanjutnya agar lebih baik lagi dan disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti perilaku keluarga pasien dengan menggunakan observasi agar lebih akurat datanya.

2. Bagi intitusi

Diharapkan dapat meningkatkan kurikulum tentang tingkat kecemasan agar mahasiswa dapat mengerti dengan jelas dan dapat memberikan sumber rujukan seperti jurnal-jurnal tentang tingkat kecemasan.

3. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan bisa diterapkan para perawat dan perawat disarankan untuk dapat mengikuti pelatihan tentang cara yang efektif berkomunikasi dengan pasien/ keluarga pasien lebih baik lagi.

4. Bagi *Home Care*

Bagi home care agar lebih memperhatikan perawat yang baru dan mengadakan pelatihan-pelatihan apa saja untuk meningkatkan kompetensi, sumber daya manusia, pengetahuan dan wawasan perawat sesuai dengan bidang peminatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. 2009. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Belajar
- Basford. (2006). *Teori & Praktik Keperawatan : Pendekatan Integral pada Asuhan Pasien*. EGC : Jakarta
- Blais, dkk. (2007). *Praktik Keperawatan Profesional Konsep & Perspektif*. EGC: Jakarta
- Dahlan, S.M. (2012). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hendro, P. (2011). Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan Pada Keluarga Dengan Tb. Paru di Wilayah Puskesmas Wonopringgo Kabupaten Pekalongan”.
- Fallen, R & Budi R. (2010). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Hawari, D. (2011). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Hidayat, A. A. (2007). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika
- Irvinda. (2009). *Gambaran Peranan Keluarga Terhadap Perilaku Hidup Sehat Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Darussalam Kecamatan Medan Petisah*. Skripsi, 22-24
- Ismiyati. (2009). *Kajian Kebutuhan Pelayanan Home Care Pada Pasien Stroke Lanjut Usia*. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 04, (02), 116
- Junaidi. (2010). *Penurunan Tingkat Kecemasan Pada Lansia Melalui Terapi Musik Langgam Jawa*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13, (3), 195-201
- Kasnanto. (2004). *Pengantar Profesi & Praktik Keperawatan Profesional*. EGC : Jakarta
- Kozier, dkk. (2006). *Praktik Keperawatan Profesional Konsep & Perspektif*. EGC: Jakarta
- Kuncoro. (2002). *Dukungan Sosial Pada Lansia*. Diakses dari <http://www.epsikologi.com/epsi/artikel/detail.asp?id=179>

Marlina. (2010). *Dukungan Keluarga Terhadap Pengontrolaan Hipertensi Pada Anggota Keluarga Yang Lansia Di Gempong Benteng Kecamatan Kota Sigli Nanggore Aceh Darussalam*. Jurnal Keperawatan Dan Kebidanan(JIKK), 1, (3), 117-124

Mubarak, W. I. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: EGC

_____. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*. Jakarta: EGC

_____. (2010). *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep Dan Aplikasi 2*. Jakarta: Salemba Medika

Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan edisi 3*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

_____ (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat : Prinsip-prinsip dasar*. Cetakan ke-2. Jakarta. Rineka Cipta.

_____ (2005). *Metodologi penelitian kesehatan edisi revisi*. Jakarta : PT. Rineka Cipta

_____ (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.

_____ (2010). *Promosi kesehatan : Teori dan aplikasi*. Cetakan ke-2. Jakarta: Rineka Cipta.

_____ (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta

Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

Setyowati, S & Murwani, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Aplikasi Kasus*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.

Stuart, G. W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa ed 5*. Jakarta: EGC

Sunaryo. *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC