

LAPORAN PENELITIAN

TINGKAT KECEMASAN KELUARGA KLIEN DI RUANG RESUSITASI UNIT GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT CIPTO MANGUNKUSUMO



Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan
Di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Martin Hartiningsih

130420109X

Ida Rosidah

1304201065

No. Register	: 17-02-06
No. Pendaftaran	: 1265
No. Buku	: 934/06
Penyimpan	: WMAZ Harjost

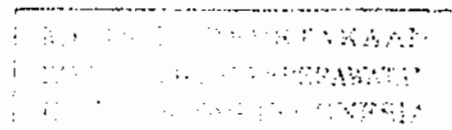
Perpustakaan FIK



0 6 / 0 9 3 4

Program Ekstensi Sore 2004

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2005**



LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Penelitian dengan Judul:

**Tingkat Kecemasan Keluarga Klien di Ruang Resusitasi
Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo**

Telah mendapat persetujuan

Jakarta, Januari 2006

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar



(Dewi Gayatri, SKp, M. Kes.)
NIP. 132 151 320

Menyetujui,

Pembimbing Riset



(Dr. Murtiwi, SKp, MSBiomed)
NIP. 140 091 100

ABSTRAK

Ruang resusitasi adalah ruang tindakan untuk menghidupkan atau memulihkan kembali kesadaran seseorang yang tampaknya mati sebagai akibat berhentinya fungsi jantung dan paru yang berorientasi pada otak. Setiap keluarga yang masuk ruang resusitasi ini tampak mengalami kecemasan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang tingkat kecemasan keluarga di ruang resusitasi unit gawat darurat RS Cipto Mangunkusumo. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif sederhana. Populasi penelitian ini adalah keluarga klien yang di ruang resusitasi unit gawat darurat dengan kriteria suami, istri, ibu, ayah dan anak dengan jumlah 35 keluarga klien. Data primer dikumpulkan menggunakan skala Likert dengan hasil uji reabilitas. Analisa data dilakukan secara uni variat untuk mengetahui distribusi frekuensi dan prosentase tingkat kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi unit gawat darurat. Penelitian menunjukkan proporsi keluarga klien yang terbanyak adalah perempuan pendidikan terbanyak adalah SLTA, berumur antara 31 – 45 tahun, separuhnya tidak bekerja dan mempunyai hubungan sebagai anak. Kesimpulan dari penelitian ini adalah hampir semua keluarga klien yang masuk ruang resusitasi unit gawat darurat mengalami kecemasan berat (82,9%) dan panik (17,1%). Penyebab yang sangat berpengaruh terhadap kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi ini adalah kondisi klien dan kesibukan petugas. Peningkatan yang disarankan untuk tenaga kesehatan khususnya perawat, dengan mengetahui tingkat kecemasan keluarga di ruang resusitasi ini tenaga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dan melakukan komunikasi terapeutik sehingga kecemasan keluarga klien dapat diminimalkan.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti haturkan kepada Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul “Tingkat Kecemasan Keluarga Klien di ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat RS Cipto Mangunkusumo”. Selama penyusunan laporan penelitian ini, peneliti menyadari bahwa banyak pihak yang telah membantu sejak awal sampai selesainya laporan penelitian ini.

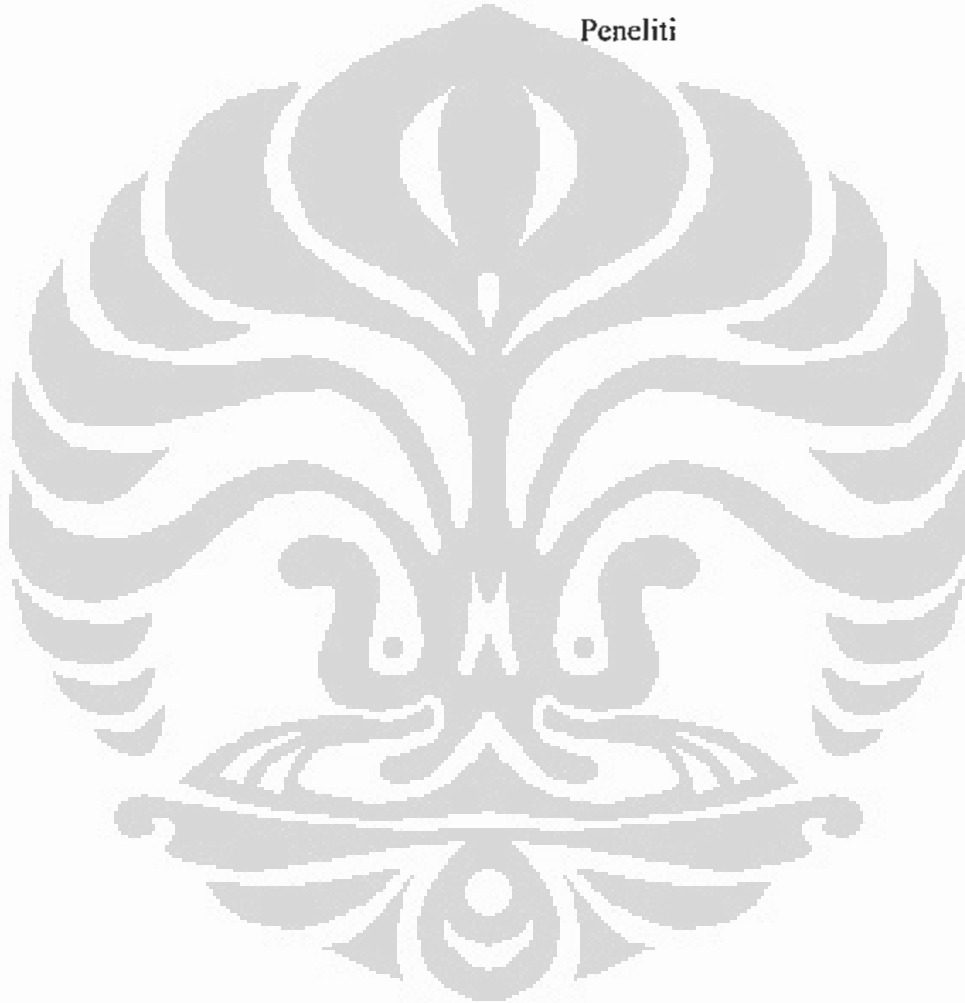
Pada kesempatan ini, peneliti juga ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Ibu Prof. Elly Nurachmah, D.N.Sc. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dewi Gayatri, SKp., M.Kes. selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
3. Dr. Murtiwi, SKp., M.S. selaku pembimbing utama Riset Keperawatan yang telah memberikan pengarahan selama proses penyusunan laporan.
4. Suami dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan selama penyusunan laporan baik secara moral maupun material.
5. Ibu Sumartini, AMK, sebagai kepala ruangan unit gawat darurat lantai I yang telah memberi izin untuk melakukan penelitian.
6. Ibu Rianti, AMK, sebagai penanggung jawab ruang resusitasi yang telah membantu dalam kelancaran penelitian.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa laporan ini jauh dari sempurna, sehingga peneliti mengharapkan saran dan kritik yang membangun agar dapat lebih baik dimasa yang akan datang.

Jakarta, Januari 2006

Peneliti



DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN	
A. Teori Dan Konsep Terkait	5
B. Penelitian Terkait	17
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	18
B. Definisi Operasional	19
BAB IV METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	20
B. Populasi Dan Sampel	20
C. Tempat Dan Waktu Penelitian	21
D. Etika Penelitian	21
E. Alat Pengumpul Data	21

F. Prosedur Pengumpulan Data	22
G. Pengolahan dan Analisa Data	23
H. Jadwal Kegiatan	24
I. Sarana Penelitian	24

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Analisa Data	25
B. Hasil Penelitian	26

BAB VI PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian	29
B. Keterbatasan Penelitian	30

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	31
B. Saran	31

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan suatu negara yang tergolong berisiko tinggi terhadap terjadinya bencana, baik bencana alam, bencana akibat kegagalan teknologi maupun bencana akibat ulah manusia. Disamping itu, modernisasi hasil pembangunan, sarana pengangkutan, kepadatan penduduk, lingkungan pemukiman serta kemajuan teknologi di berbagai bidang menimbulkan peningkatan pelayanan dan pertolongan kasus gawat darurat di Rumah sakit. (Depkes, 2005).

Pelayanan yang diutamakan di rumah sakit adalah pelayanan yang bersifat penyembuhan penyakit, baik usaha pengobatan maupun usaha perawatan (Azwar, 1996). Rumah sakit dalam memudahkan pelayanan dibentuk unit-unit pelayanan secara garis besar unit pelayanan di dalam rumah sakit ada tiga yakni : unit rawat jalan, unit rawat inap, unit gawat darurat.

Pelayanan gawat darurat sangat penting karena masyarakat meminta pertolongan pertama di unit tersebut secara terus-menerus. Di dalam buku pedoman pelayanan gawat darurat (Depkes, 1995), dijelaskan bahwa pelayanan gawat darurat adalah 24 jam, dengan demikian pelayanan kesehatan di unit gawat darurat menjadi sangat penting terutama pada waktu sore, malam hari dan waktu poliklinik tutup, Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang diberikan kepada klien yang membutuhkan waktu segera untuk menyelamatkan kehidupan. Unit kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan gawat darurat disebut Unit Gawat Darurat (Azwar, 1996). Klien yang datang ke unit

gawat darurat harus segera ditolong karena setiap detik dan setiap menit waktu sangat berharga bagi klien dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan resusitasi.

Resusitasi adalah tindakan untuk menghidupkan atau memulihkan kembali kesadaran seseorang yang tampaknya mati sebagai akibat berhentinya fungsi jantung dan paru yang berorientasi pada otak (Depkes RI, 1991). Hasil survey penulis di unit gawat darurat RSCM tiga bulan terakhir klien yang masuk unit gawat darurat sebanyak 8.758 orang dan yang memerlukan tindakan resusitasi sebanyak 396 orang (laporan bulanan UGD 2005).

Pada saat tindakan resusitasi dilakukan terhadap klien dalam situasi kedaruratan ini keluarga harus mengambil keputusan secara cepat. Apabila keputusan ini terlambat bisa mengakibatkan kefatalan pada klien. Selain itu juga, kita sering melihat hampir semua keluarga klien yang masuk ke ruang resusitasi di ruang gawat darurat dalam keadaan cemas.

Kecemasan adalah suatu reaksi emosional terhadap penilaian individu tentang pengalaman hidup secara objektif tanpa objek yang spesifik yang dapat dimanifestasikan dengan perasaan tidak nyaman, merasa terancam dan tidak siap (Stuart dan Sundeen, 1995). Kecemasan klien dan keluarga tersebut dapat dikelompokkan dalam tingkat-tingkat kecemasan, tergantung dari respon yang diberikan klien atau keluarga melalui respon fisiologis, psikologis (emosional) dan kognitifnya. Peplou (1996) dikutip dari Stuart & Sundeen (1998) mengidentifikasikan tingkat kecemasan ke dalam 4 tingkatan yaitu tingkat kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat dan panik. Pengalaman klinik peneliti selama bertugas di gawat darurat melihat banyak hal yang dapat menimbulkan rasa cemas pada keluarga antara lain cemas akan kematian,

pengobatan yang diberikan, penyakit klien, lingkungan gawat darurat yang sibuk dan banyak klien gawat lainnya. Hal lain yang dapat menimbulkan kecemasan bagi keluarga yaitu ketidakpastian keadaan klien, tim kesehatan fokus pada penyelamatan klien segera sehingga keluarga sering tidak diajak berkomunikasi dan kurang diberi informasi.

B. Masalah Penelitian

Bagaimana tingkat kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi unit gawat darurat RS. Cipto Mangunkusumo.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi gawat darurat RS. Cipto Mangunkusumo.

Tujuan Khusus :

- Mengetahui tingkat kecemasan keluarga klien.
- Mengetahui pengaruh ruang resusitasi gawat darurat terhadap tingkat kecemasan keluarga klien.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi :

1. Keluarga Klien

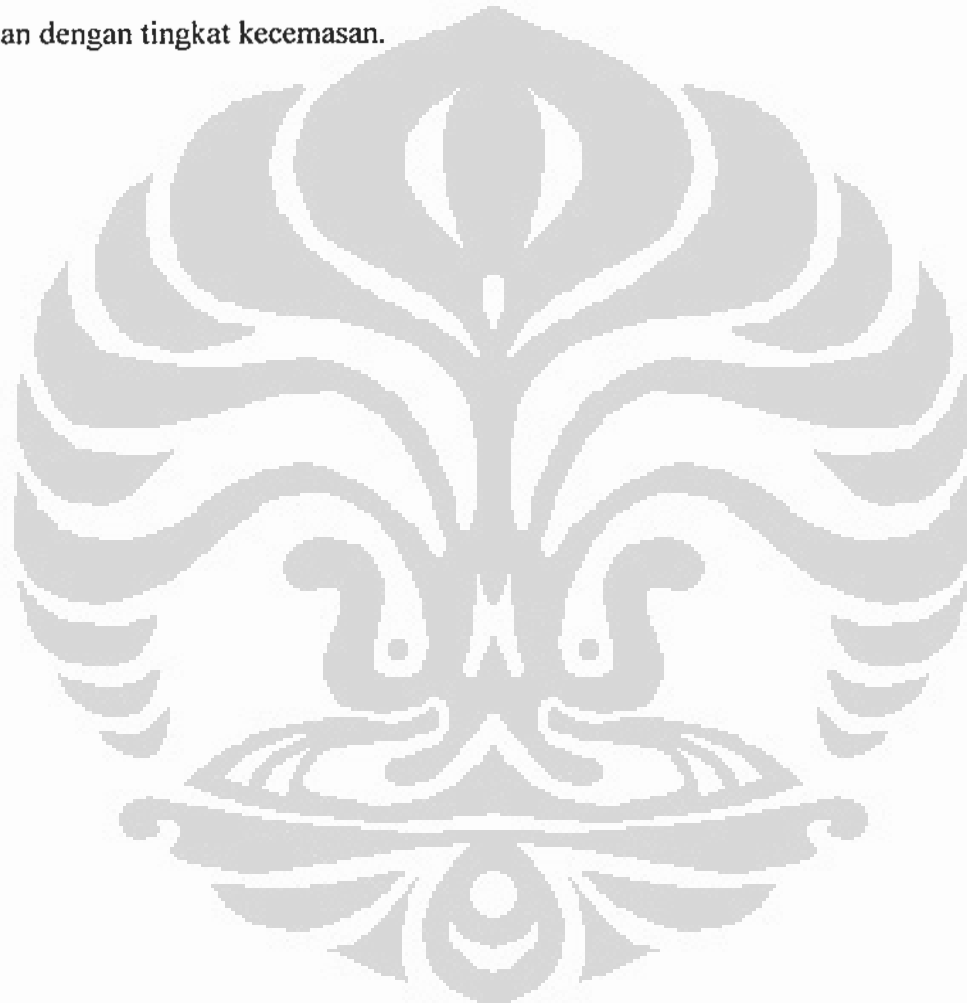
Dapat memahami tingkat kecemasan yang ada dan dapat melakukan coping yang baik.

2. Tenaga Keperawatan

Sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga klien, sehingga kecemasan keluarga dapat diminimalkan.

3. Peneliti

Sebagai bahan atau sumber data untuk penelitian berikutnya, khususnya yang berkaitan dengan tingkat kecemasan.



BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

A. Teori dan Konsep Terkait

1. Unit Gawat Darurat

a. Pengertian Gawat Darurat

Unit gawat darurat adalah salah satu unit yang memberikan pelayanan kepada penderita gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian kepada upaya penanggulangan penderita gawat darurat yang perlu diorganisir (Depkes, 1995). Pengertian gawat darurat berorientasi pada klien (Depkes, 1995) adalah sebagai berikut :

- 1) Klien gawat darurat, yaitu klien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat, akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya, misalnya penyakit jantung akut, cedera kepala, luka tusuk dan lain-lain. Klien dibawa ke ruang resusitasi
- 2) Klien gawat tidak darurat, yaitu klien berada dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat, misalnya kanker stadium lanjut.
- 3) Klien darurat tidak gawat, yaitu klien akibat musibah yang datang tiba-tiba tetapi tidak mengancam nyawa atau anggota badannya, misalnya luka sayat dangkal.
- 4) Klien tidak gawat tidak darurat, adalah klien dengan bisul, flu dan lain-lain.

b. Tujuan dan Fungsi

Tujuan pelayanan unit gawat darurat yang telah diterapkan atau diputuskan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 983/menkes/SK/XI/1992 adalah sebagai berikut :

- 1) Mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali di masyarakat sebagaimana mestinya.
- 2) Merujuk penderita gawat darurat melalui sistem rujukan untuk memperoleh penanganan lebih memadai.
- 3) Menerima rujukan bagi rumah sakit yang lebih mampu.
- 4) Menanggulangi korban bencana.

Memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam dan berkesinambungan adalah fungsi utama dari sebuah unit gawat darurat, di samping itu ada pula fungsi yang dilakukan sewaktu-waktu saja, yaitu menanggulangi kejadian luar biasa atau bencana (Depkes, 1999).

Keberhasilan penanggulangan penderita gawat darurat dalam mencegah kematian dan kecacatan ditentukan oleh kecepatan menemukan penderita gawat darurat; kecepatan meminta pertolongan; kecepatan serta kualitas pertolongan. Prinsip pelayanan darurat harus cepat dan tepat. cepat artinya dalam waktu sangat singkat, tepat artinya meletakkan dan mengangkat klien dengan posisi menghadap keatas rata dan tidak memutar lehernya (Pusponegoro, 2000). Pelayanan gawat darurat yang dikatakan terlambat apabila pelayanan terhadap penderita gawat dan atau darurat yang

dilayani dengan tindakan *life saving* oleh petugas gawat darurat lebih dari 15 menit (WHO dan Depkes, 1998).

c. Persyaratan Tenaga

Tenaga yang bertugas di UGD harus tenaga yang sudah mendapat pendidikan tambahan gawat darurat, selain pendidikan dasar yang dimiliki oleh masing-masing jenis ketenagaan (Depkes, 1995). Salah satu pelatihan kegawat daruratan bagi perawat dan dokter yang diharuskan Depkes adalah PPGD (Penanggulangan Penderita Gawat Darurat).

d. Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan dan kemampuan klien untuk melaksanakan kehidupan sehari-hari secara mandiri. Dalam memberikan pelayanan keperawatan tersebut perawat menggunakan suatu metode pendekatan yang disebut dengan proses keperawatan (Carpenito, 1997).

Proses keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang direncanakan atau kegiatan operasional untuk mencapai hasil yang diharapkan, dilaksanakan secara sistematis dan rasional oleh profesi keperawatan kepada klien (Kozier, 1995). Adapun langkah-langkah proses keperawatan adalah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Hilliard, 1974).

Proses keperawatan di unit gawat darurat memiliki kekhususan tersendiri, dibawah ini terdapat prinsip-prinsip tentang proses keperawatan:

- 1) Life Support perlu diprioritaskan kondisi yang memerlukan tindakan segera. Terkadang tindakan keperawatan dilakukan bersamaan dengan pengkajian, penulisan dilakukan setelah keselamatan klien sudah teratasi. Umumnya diagnosa keperawatan berkisar pada masalah fisik untuk mempertahankan kehidupan. Jumlah klien yang relatif banyak dengan mobilitas tinggi membutuhkan formulasi proses keperawatan yang singkat, ringkas dan jelas. penulisan tidak bertele-tele, sehingga siapapun dapat segera mengerti.
- 2) Mayor kondisi dan holistik. Dapat diprioritaskan pada kondisi utama yang mengganggu kebutuhan dasar klien dan keluarga dari segi fisik, psiko-sosial.
- 3) Akurat / benar. Keakuratan proses keperawatan yang dibuat adalah hal yang utama yang harus diingat. Kesalahan pengkajian ataupun perbuatan diagnosa dan rencana tindakan dapat menimbulkan asuhan keperawatan yang tidak efektif.

e. Pengertian dan Konsep Resusitasi

Resusitasi adalah tindakan untuk menghidupkan kembali atau memulihkan kembali kesadaran seseorang yang tampaknya mati sebagai akibat berhentinya fungsi jantung dan paru yang berorientasi pada otak (Depkes, 1991). Keputusan untuk melakukan tindakan resusitasi ditujukan terutama untuk klien yang kesehatannya baik sebelum terjadi henti jantung atau diharapkan normal kembali. Resusitasi jantung paru dapat dilakukan dimana saja yaitu dimana klien berada dengan tiba-tiba henti jantung. Bila klien ada di gawat darurat resusitasi dilakukan di ruang resusitasi.

Pelaksanaan resusitasi jantung paru dapat dilakukan dengan dua atau satu penolong.

f. Penyediaan Alat dan Obat-obatan

Alat-alat kesehatan standar yang harus ada di ruangan pemeriksaan klien adalah tensimeter, stetoskop, termometer, raksa, verban, gunting verbans, plester untuk unit gawat darurat harus ditambah dengan alat-alat pertolongan pertama seperti emergency Kit, set venaseksi, alat suntik, alat infus, set pengisap lendir, lampu senter, kateter urin dan lain-lain (Depkes, 1999).

Klien gawat darurat pimpinan rumah sakit harus menyediakan obat-obat khusus untuk klien gawat darurat, obat yang didistribusikan ke unit gawat darurat selain obat dasar ditambah pula dengan obat-obat emergensi yaitu obat-obat khusus yang digunakan klien dalam keadaan gawat darurat. Obat emergensi tersebut adalah obat-obat khusus yang diberikan kepada klien dalam keadaan akut atau luka mendadak dan lanjutan pengobatan (Davis Company, 1987 dalam Djodibroto, 1997). Menurut buku "Pedoman kerja perawat inut gawat darurat di Rumah sakit" (Depkes, 1999), obat-obat yang harus dipersiapkan contohnya adalah : oksigen dan flowmeter cairan dextron, cairan NaCl, dopamin, adrenalin, glukose 40%, sulfas atrofin, barbiturat dan obat anti narkotika.

2. Keluarga

a. Pengertian

Burgess dkk. (1963) membuat definisi yang berorientasi pada tradisi dan digunakan sebagai referensi secara luas :

- 1) Keluarga terdiri atas orang-orang yang disatukan dalam ikatan, darah dan ikatan adopsi.
- 2) Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran social keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
- 4) Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

b. Fungsi dan Tugas

Status sehat-sakit pada keluarga dan pengaruh status sehat-sakit keluarga saling mempengaruhi satu sama lain (Gillis et al., 1989; Wright and Leahey, 1984).

1) Tahap pencegahan sakit dan mengurangi resiko

Keluarga dapat memainkan suatu peranan vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan pengurangan resiko. Kebanyakan peranan berkisar pada masalah- masalah pola hidup, misalnya berhenti merokok, melakukan latihan secara teratur, imunisasi dan lain sebagainya. Agar dapat berjalan dengan baik, para anggota keluarga perlu mempelajari status sehat mereka dan citra tubuh seperti: apakah tubuh mereka lemah, sakit-sakitan atau sehat dan sembuh.

- 2) Tahap gejala penyakit yang dialami keluarga dan penilaian tahap ini mulai jika gejala-gejalanya:

- a) Diketahui
- b) Diinterpretasikan sejauhmana menyangkut keseriusan kemungkinan penyebab dan penting artinya
- c) Ditemukan dengan berbagai masalah

Tahap ini terdiri dari kepercayaan-kepercayaan menyangkut gejala-gejala atau penyakit dari anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherty dan Camphel, 1988 dikutip dari Friedman, 1998). Keluarga berfungsi sebagai titik tolak penilaian tingkah laku dan memberikan definisi-definisi dasar sehat dan sakit, maka keluarga mempengaruhi persepsi-persepsi individu.

3) Tahap Mencari Perawatan

Tahap mencari perawatan mulai ketika keluarga menyatakan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Keluarga mulai mencari informasi, penyembuhan, nasehat dan validitas profesional dari keluarga lain, teman-teman, tetangga dan non profesional lainnya.

4) Kontak keluarga dengan tahap sistem sehat

Dimulai ketika melakukan kontak dengan lembaga kesehatan atau profesional di bidang atau dengan praktisi sosial lokal (dukun). Keluarga merupakan instrumen dalam membuat keputusan menyangkut dimana penanganan harus diberikan dan oleh siapa (Pratt, 1976 dikutip oleh Friedman, 1998).

5) Respon akut tahap keluarga dan pasien

Karena pasien menerima perawatan kesehatan dari praktisi, sudah tentu ia menyerahkan beberapa prerogatifnya dan keputusannya serta diharapkan menerima peran sebagai pasien. Hal ini dicirikan oleh suatu ketergantungan pada nasehat dari profesional di bidang kesehatan, keinginan untuk mentaati nasehat medis dan berupaya keras untuk sembuh.

6) Tahap adaptasi penyakit dan pemulihan

Keluarga menaikkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan / pemulihan (rehabilitasi) sangat kurang.

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1998) yang dikutip dari Balian dan Maglada (1978) adalah :

a) Mengenal masalah kesehatan

Keluarga dapat mengenal pengertian, tanda-tanda, gejala dan penyebab timbulnya masalah kesehatan tersebut.

b) Mengambil keputusan terhadap tindakan kesehatan yang tepat.

Pengambilan keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat dapat dilakukan, apabila keluarga mengetahui akibat yang ditimbulkan bila masalah kesehatan tersebut tidak diatasi. Keluarga akan berusaha melakukan tindakan pencegahan, sehingga masalah kesehatan tidak berkembang lebih lanjut.

c) Kemampuan memodifikasi lingkungan

Disini keluarga dituntut untuk mampu memodifikasi lingkungan agar dapat menunjang, meningkatkan dan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga yang sudah sakit maupun yang mempunyai risiko mengalami sakit.

d) Kemampuan untuk menggunakan fasilitas kesehatan

Pemanfaatan fasilitas kesehatan secara optimal membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan yang ada.

3. Konsep Cemas

a. Pengertian

Cemas adalah suatu situasi yang dirasakan oleh individu mengenai ketidaknyamanan perasaan karena aktifitas sistem nervus otonomi pada respon ancaman non spesifik, biasanya tidak jelas penyebabnya atau tidak dikenal sumbernya (Rawlin dan Heacock, 1993).

Stuart Sundeen (1998) cemas sangat berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan cemas ini tidak memiliki objek spesifik dan merupakan pengalaman subjektif serta dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Peplou 1963 yang dikutip oleh Stuart & Sundeen (1998) menggolongkan kecemasan dalam empat tingkat, yaitu :

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari dan menyebabkan pasien menjadi waspada dan lapangan persepsi meningkat. Pada tingkat kecemasan ringan ini dapat motivasi dan menghasilkan kreativitas. Manifestasi fisiologisnya berupa : sesekali nafas

nafas pendek, berdebar-debar, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung dan muka berkerut serta tangan gemetar. Manifestasi kognitifnya berupa : mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan menyelesaikan masalah secara efektif. Sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah tidak dapat duduk tenang, gerakan halus pada tangan, suara kadang meninggi dan menggunakan mekanisme koping yang minimal.

2) Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu lebih memusatkan pada hal yang penting pada saat itu dan mengesampingkan yang lain sehingga individu mengalami perhatian yang selektif yang lebih terarah. Manifestasi fisiologisnya berupa : nafas pendek, berdebar-debar, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare / konstipasi, gelisah dan muka berkerut serta tangan gemetar. Manifestasi kognitif yang muncul adalah lapangan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima dan berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya. Sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah gerakan tersentak, bicara mudah lelah, susah tidur, perasaan tidak aman, mudah tersinggung, banyak pertimbangan dan mudah lupa.

3) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi menjadi sangat sempit. Individu tidak mampu berfikir berat lagi, sehingga membutuhkan banyak pengarahan, cenderung memikirkan hal kecil saja dan mengabaikan yang lain. Manifestasi fisiologis yang muncul : nafas pendek, nadi dan tekanan

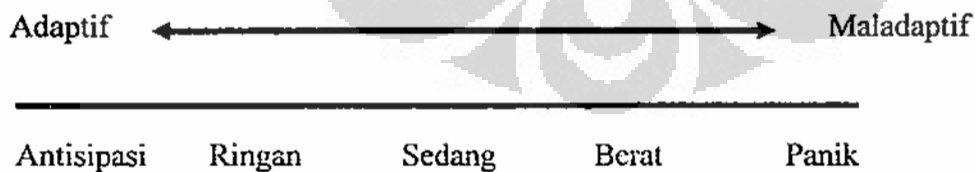
darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, tegang, rasa tertekan, nyeri dada, tidak mampu menyelesaikan masalah, perlu pengarahan yang berulang, tidak mampu membuat keputusan dan butuh bantuan. Manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah : konsep diri terancam, disorientasi, bingung, kemungkinan halusinasi.

4) Panik

Lapangan persepsi sudah terganggu, sehingga individu tidak mampu mengendalikan diri dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi tuntunan. Manifestasi fisiologis yang muncul berupa : nafas pendek, rasa tercekik, palpitasi dan sakit dada, pucat, hipertensi dan kordinasi motorik rendah. Manifestasi kognitif berupa lapangan pandang persepsi menyempit dan tidak berfikir logis. Sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah : agitasi, mengamuk, marah, ketakutan, berteriak, blocking dan kehilangan kendali.

b. Respon kecemasan

Rentang respon sehat-sakit dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif-maladaptif pada ansietas (Stuart & Sundeen, 1995).



Teori yang menjelaskan terjadinya kecemasan:

1) Faktor Predisposisi

- a) Teori Psikoanalitik adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen seseorang, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan, dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya
- b) Teori interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti : perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik, terutama orang dengan harga diri rendah mudah mengalami perkembangan ansietas yang berat.
- c) Teori perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbias dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya.

- a) Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman terhadap sistem dari seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi.

B. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Sri Puguh Kristiyawati, 2002 terhadap 30 responden dikatakan bahwa tingkat kecemasan orang tua saat menghadapi anak yang akan dilakukan tindakan pemasangan infus di rumah sakit umum pusat nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta sebagian besar mengalami kecemasan ringan (17 orang responden atau 56,7%), cemas sedang 11 responden (36,6%) dan cemas berat 2 responden (6,7%).

Tingkat kecemasan yang dialami orang tua dapat diketahui saat menghadapi anak yang dilakukan tindakan pemasangan infus, akan berguna bagi tenaga kesehatan khususnya perawat untuk mendeteksi sedini mungkin dan melakukan intervensi sesegera mungkin agar tingkat kecemasan tersebut tidak berlarut ke tingkat yang lebih tinggi. Kecemasan yang dialami orang tua akan berpengaruh terhadap anak yang sedang sakit, karena orang tua adalah *support system* paling dekat dengan anak. Perlu disadari bahwa perawat sebagai tenaga kesehatan berperan dalam melaksanakan tindakan pencegahan baik primer, sekunder maupun tertier dalam masalah kesehatan, termasuk didalamnya tindakan pencegahan dalam masalah psikososial.

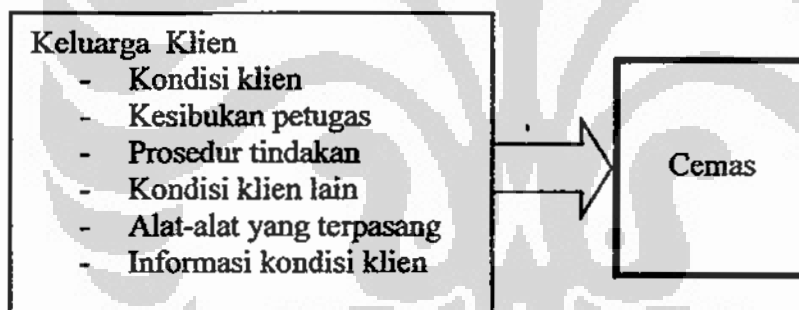
BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan membahas kerangka konsep dan definisi operasional dari variabel tingkat kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi Unit Gawat darurat.

A. Kerangka Konsep

Kerangka kerja adalah dasar konseptual bagi masalah riset dan tujuannya, serta menggabungkan keluarga kedalam pengetahuan teoritis yang relevan dan terkait hasil. Untuk penelitian yang menggunakan konseptual spesifik disebut kerangka kerja konseptual (Burns & Grove, 1993, Polit & Hungler, 1999).



Keterangan :

————— = variabel yang tidak diteliti

————— = variabel yang diteliti

Skema di atas menunjukkan suatu kondisi yang ada di ruang resusitasi yang mempengaruhi kecemasan pada keluarga yaitu: kondisi klien, kesibukan petugas, prosedur tindakan, kondisi klien lain, alat-alat yang terpasang, informasi kondisi klien, sehingga menimbulkan kecemasan pada keluarga klien dengan tingkat kecemasan yang bervariasi.

B. Definisi Operasional

Variabel Penelitian

Burn & Groove (1993) menyatakan bahwa yang dimaksud variabel penelitian adalah konsep sebagai ringkasan abstrak yang diukur, dimanipulasi dan dikontrol dalam suatu penelitian. Pada penelitian ini variabelnya adalah tingkat kecemasan pada keluarga.

Tingkat Kecemasan

Definisi Konseptual : kecemasan adalah rasa tidak menyenangkan yang muncul sebagai reaksi rasa takut terhadap hal-hal yang merugikan atau kehilangan sesuatu yang bernilai (Coon & Fontaine, 1991).

Definisi Operasional : Kecemasan adalah perasaan khawatir, was-was dan tidak tenang yang terjadi pada keluarga klien di ruang resusitasi.

Cara Ukur : Wawancara

Alat Ukur : Kuesioner

Hasil Ukur: Cemas ringan, sedang, berat, dan panik

Skala Ukur : Skala Ordinal

BAB IV

METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain yang telah digunakan dalam penelitian ini adalah diskriptif sederhana, yang bertujuan untuk mengetahui bagaimana tingkat kecemasan keluarga klien (suami, istri, anak, ayah dan ibu) di ruang resusitasi unit gawat darurat rumah sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM).

B. Populasi dan Sampel

Populasi dari penelitian ini adalah keluarga klien (suami, istri, anak, ayah dan ibu) yang ada di ruang resusitasi unit gawat darurat RSCM. Jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 35 responden, yaitu diambil dari populasi klien di ruang resusitasi RSCM sebanyak 145 orang dalam sebulan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Keluarga klien (suami, istri, anak, ayah dan ibu) di ruang resusitasi unit gawat darurat RSCM.
2. Bisa membaca dan menulis.
3. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan.
4. Umur minimal 15 tahun.
5. Tidak mengalami gangguan mental.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat RSCM.

Waktu penelitian telah dilaksanakan pada bulan Desember 2005.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian dilakukan dengan tujuan untuk melindungi hak subjek penelitian dengan menjamin kerahasiaan responden. Sewaktu melakukan pengumpulan data, terlebih dahulu peneliti melakukan pendekatan dengan responden. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian. Responden akan dijamin hak dan kerahasiaannya. Partisipasi responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak memaksa sehingga responden diberi kebebasan untuk mengundurkan diri atau menolak dalam pengisian kuesioner. Peneliti memberi kebebasan kepada responden dalam pengisian kuesioner, jika responden tidak dapat menyelesaikan pengisian kuesioner saat ini karena kondisi yang tidak memungkinkan seperti merasa lelah atau kondisi yang lainnya, maka pengisian dapat dilanjutkan sesuai dengan keadaan klien dan keluarga.

E. Alat Pengumpul Data

Dalam pengumpulan data digunakan berupa daftar pernyataan berbentuk kuesioner yang mengacu pada tujuan dan kerangka konsep. Kuesioner yang digunakan dari alat pengukur kecemasan yang dikenal dengan nama *Hamington Rating Scale for Anxiety (HSR.A)*. Dimana alat ukur terdiri dari 20 pernyataan yang mencakup: kondisi klien, petugas yang sibuk, bunyi alat monitor, banyak pasien

yang gawat, informasi dari petugas, prosedur tindakan medis. Penilaian/skoring berdasarkan Skala Linkert yaitu angka (skor) antara 1 – 4 dengan nilai :

Sangat setuju = 1

Setuju = 2

Kurang setuju = 3

Tidak setuju = 4

Masing-masing nilai dari 20 pertanyaan tersebut dijumlahkan dan hasil tersebut dapat ketahui tingkat kecemasan, yaitu :

Total Nilai (*score*) :

1 – 20 = cemas ringan

21 – 40 = cemas sedang

41 – 60 = cemas berat

61 – 80 = panik

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data telah dilakukan di unit gawat darurat RSCM dengan prosedur sebagai berikut :

1. Setelah mendapat izin dari Direktur RSCM Jakarta berdasarkan surat permohonan yang dikeluarkan institusi. Maka peneliti mengadakan pendekatan dengan kepala ruangan unit gawat darurat RSCM untuk diketahui dan memulai penelitian yang diawali dengan pengumpulan data.
2. Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan penelitian, kerahasiaan data yang diberikan oleh responden dengan maksud agar responden

dapat memberikan data secara lengkap dan menjawab dengan sejujurnya sehingga peneliti memperoleh data-data yang lebih akurat dan valid.

3. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti meminta responden membaca dan menandatangani lembar persetujuan. Peneliti membagikan secara langsung kuesioner kepada responden di ruang resusitasi gawat darurat RSCM.
4. Selama proses pengisian kuesioner peneliti mendampingi responden dan bila responden mengalami kesulitan dalam pengisian ini segera mendapat penjelasan dari peneliti. Setelah diisi, kuesioner dikumpulkan sebanyak jumlah responden dalam masa penelitian tersebut, kemudian data diolah dengan pengukuran statistik.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan dilakukan tabulasi dan diberi nilai berdasarkan Skala Linkert. Data demografi berdasarkan variabel- variabel dihitung prosentasenya dengan cara jumlah frekwensi dikali seratus persen kemudian dibagi responden, dan tingkat kecemasan dihitung dengan Skala Linkert. Pernyataan dibedakan atas pernyataan positif dan negatif, kemudian diberi nilai. Pernyataan positif diberi nilai 4 untuk jawaban sangat tidak setuju, 3 untuk jawaban tidak setuju, 2 untuk jawaban setuju, dan 1 untuk jawaban sangat setuju. Pernyataan negatif diberi nilai 4 untuk jawaban sangat setuju, 3 untuk jawaban setuju, 2 untuk jawaban tidak setuju, 1 untuk jawaban sangat tidak setuju, Apabila nilainya 1- 20 cemas ringan, 21- 40 cemas sedang, 41 -60 cemas berat, dan 61 - 80 panik, selain itu diidentifikasi dalam sumber cemas.

H. Jadwal Kegiatan

Kegiatan	September				Oktober				November				Desember				Januari
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
Persiapan	■	■	■	■													
Pengesahan Judul					■	■	■	■									
Penyusunan Bab I							■	■									
Penyusunan Bab II									■	■							
Penyusunan Bab III											■	■					
Penyusunan Bab IV											■	■					
Perbaikan													■				
Pengesahan Laporan													■				
Penelitian														■	■	■	
Laporan Penelitian																	■

I. Sarana Penelitian

Sarana yang digunakan dalam penelitian ini adalah komputer, printer, alat tulis, kertas, lembar kuesioner dan sumber-sumber kepustakaan seperti buku dan jurnal yang mendukung untuk penyusunan laporan penelitian ini.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Analisa Data

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif sederhana, bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data yang terkumpul dibagi menjadi dua bagian, yaitu data demografi dan data tingkat kecemasan. Data demografi dianalisa dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi dan prosentase. Data tingkat kecemasan menggunakan instrumen penelitian yang dikembangkan mengacu pada kerangka konsep penelitian. Pernyataan yang ada dalam kuesioner merupakan bentuk tingkat kecemasan dengan pernyataan positif dan negatif, terdiri dari kondisi klien, kesibukan petugas, prosedur tindakan, kondisi klien lain, alat-alat yang terpasang dan informasi kondisi klien. Setiap pernyataan mempunyai empat pilihan jawaban, yaitu sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Jumlah pernyataan sebanyak 20 butir. Nilai skala likert yang digunakan berada pada kisaran 20–80. Masing-masing nilai dari 20 pernyataan tingkat kecemasan, yaitu 1 – 20 cemas ringan, 20 – 40 cemas sedang, 41 – 60 cemas berat dan 61 – 80 panik.

B. Hasil Penelitian

Berdasarkan analisa data didapatkan hasil :

Tabel 5.1. Karakteristik keluarga klien di ruang resusitasi UGD RS Cipto Mangunkusumo, Desember 2005.

Variabel	n = 35	
	Σ	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	14	40
Perempuan	21	60
Pendidikan		
Tidak Sekolah	1	2,9
SD	6	17,1
SLTP	5	14,3
SLTA	15	42,9
Perguruan tinggi	8	22,9
Umur		
16 – 30 tahun	11	31,4
31 – 45 tahun	12	34,3
46 – 60 tahun	10	28,6
61 – 75 tahun	1	2,9
> 75 tahun	1	2,9
Pekerjaan		
Tidak bekerja	16	45,7
Buruh	2	5,7
Swasta	10	28,6
Wiraswasta	2	5,7
PNS/TNI/POLRI	5	14,3
Hubungan dengan Klien		
Suami	4	11,4
Istri	4	11,4
Ibu	9	25,7
Ayah	2	5,7
Anak	16	45,7

Berdasarkan tabel 5.1. Proporsi keluarga klien yang terbanyak adalah perempuan, pendidikan terbanyak adalah SLTA, berumur antara 31 – 45 tahun, separuhnya tidak bekerja dan mempunyai hubungan sebagai anak.

Tabel 5.2. Sumber cemas yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada keluarga klien di ruang resusitasi UGD RS Cipto Mangunkusumo, Desember 2005.

Variabel	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Takut	29	82,8	5	14,2	1	2,8
Sadar	4	11,4	1	2,8	30	85,7
Harapan	4	11,4	19	54,3	12	34,2
Menangis	15	42,8	15	42,8	5	14,3
Tersinggung			13	37,1	22	62,8
Sesak	3	8,5	21	60	11	31,4
Berdebar	16	45,7	13	37,1	6	17,1
Nafsu makan	8	22,8	22	62,8	5	14,3
Buang air kecil	7	20	17	48,5	11	31,4
Kering	4	11,4	26	74,2	5	14,3
Gugup	2	5,7	27	77,1	6	17,1
Sibuk	8	22,8	22	62,8	5	14,3
Kondisi	3	8,5	23	65,7	9	25,7
Tindakan	3	8,6	20	57,1	12	34
Alat	4	11,4	22	62,8	9	25,7
Informasi	4	11,4	20	57,1	11	31,4
Bingung	10	28,5	18	51,4	14	5,6
Gemetar	16	45,7	8	22,8	11	31,4
Turun	13	37,1	12	34,3	10	28,6
Naik	11	31,4	12	34,3	12	34,3

Hampir semua keluarga klien di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat merasa takut kehilangan keluarganya (97%) dan tidak nafsu makan (85,7%). Keluarga klien menyatakan bingung (79,9%) dan tidak tahu apa yang akan dilakukan (82,8%).

Tabel 5.3. Nilai kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat RS Cipto Mangunkusumo, Desember 2005.

Σ Nilai	Σ Klien
41	1
51	1
52	1
53	3
55	5
56	1
57	1
58	5
59	5
60	4
61	3
62	2
65	1

Terlihat nilai kecemasan keluarga klien berkisar antara 41 – 65 sesuai dengan tingkat kecemasan berat sampai panik.

Tabel 5.4. Tingkat kecemasan keluarga klien di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat RS Cipto Mangunkusumo, Desember 2005.

Tingkat Kecemasan	n = 35	
	Σ	%
Berat	29	82,9
Panik	6	17,1

Hampir semua keluarga klien di ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat RS Cipto Mangunkusumo mengalami cemas berat dan panik.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Hasil penelitian terhadap 35 keluarga klien di ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat RS Cipto Mangunkusumo hampir semua keluarga klien mengalami cemas berat (82,9%) dan panik (17,1%). Kecemasan ini disebabkan oleh kondisi klien, kesibukan petugas, prosedur tindakan, alat-alat yang terpasang, informasi dari petugas, kondisi klien yang lain yang ada di ruang resusitasi. Kecemasan adalah suatu reaksi emosional terhadap penilaian individu tentang pengalaman hidup secara objektif tanpa objek yang spesifik yang dapat dimanifestasikan dengan perasaan tidak nyaman, merasa terancam, dan tidak siap (Stuart Sundeen, 1995).

Menurut Yee (1992), dalam sosio budaya Asia bahwa perempuan adalah ibu rumah tangga yang khusus mengurus rumah tangga, merawat anak dan suami. Hasil penelitian menunjukkan bahwa separuh dari keluarga klien yang ada di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo adalah perempuan.

Menurut Gillis (1989), status sehat sakit pada keluarga dan pengaruh sehat sakit keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Menurut teori sosio budaya Asia, orang tua adalah orang yang dihormati dan mempunyai peranan yang sangat penting didalam keluarga. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurang dari separuh keluarga klien yang menunggu klien di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo adalah anak klien dan tidak bekerja.

Kecemasan keluarga di ruang resusitasi ini dapat dimaklumi karena keluarga merasa takut kehilangan keluarganya (97%), perasaan takut kehilangan dari keluarga klien ini merupakan manifestasi dari perilaku dan emosi yang muncul pada respon panik. Penurunan nafsu makan pada keluarga klien (85,7%) adalah manifestasi dari psikologis, hal ini terlihat pada keadaan cemas berat, sedangkan perasaan bingung dan tidak tahu apa yang akan dilakukan klien (82,8%) adalah manifestasi dari perilaku dan emosi yang terdapat pada cemas berat. Semua manifestasi di atas yang mendukung kecemasan pada keluarga klien di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo sesuai dengan gejala cemas berat dan panik yang dikemukakan Stuart & Sandeen (1998).

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini masih terdapat banyak kekurangan, hal tersebut merupakan keterbatasan peneliti, terutama dalam hal :

1. Peneliti baru pertama kali melakukan penelitian
2. Waktu yang terlalu singkat untuk melakukan penelitian
3. Instrumen penelitian tentang kecemasan ini masih kurang, sehingga perlu dikembangkan lebih lanjut agar mendapatkan hasil yang komprehensif.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dibuat sebelumnya maka simpulan yang dapat disampaikan adalah

A. Simpulan

1. Keluarga klien di ruang resusitasi unit gawat darurat mengalami cemas berat sampai panic
2. Kecemasan keluarga klien disebabkan karena kondisi klien dan kesibukan petugas
3. Informasi tentang klien sangat dibutuhkan oleh keluarga klien

B. Saran

1. Kepada KaRu dan penanggungjawab khususnya perawat di ruang resusitasi Unit Gawat Darurat RSCM lantai I agar dalam memberikan asuhan keperawatan lebih memperhatikan kecemasan keluarga klien
2. Perlu diberikan tempat tunggu khusus untuk keluarga klien yang ada di ruang resusitasi
3. Disamping harus selalu berkomunikasi secara terapeutik, perkembangan kondisi klien harus selalu diinformasikan
4. Penelitian lebih lanjut tentang kecemasan perlu dilanjutkan dengan mengembangkan instrumen menambah responden, sehingga didapatkan yang lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, RI., (1995). *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, Jakarta : IDI.
- Carpenito, (1997). *Nursing Diagnosa : Application to Practice*. 6th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Depkes. RI., (1995). *Pedoman Pelayanan Gawat Darurat*, Cetakan Kedua, Jakarta.
- Depkes. RI., (1999). *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*.
- Hilliard, (1974). *Orientation and Evaluation of the Professional Nurse*. St. Louis. The CV. Mosby Company.
- IGD RSCM, (1991). *Konsep dan Proses Keperawatan*, Jakarta.
- Kozier, et al, (1995). *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process, and Practice*. Redwood City: Addison – Wesley 5.
- Marilyn. M. Friedman, (1998). *Family Nursing Theory and Practice*. Edisi 3. EGC, Jakarta.
- Nursalam, (2001). *Pendekatan Praktik Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta : Sagung Seto.
- Materi Kuliah : *Askep Usila dengan Masalah Sosio Budaya* (Murtiwi), tidak dipublikasikan.
- Pusponegoro, A, (2000). *Sistem Penanggulangan Penderita Gawat Darurat Terpadu*, Makalah disampaikan pada Pelatihan PPGD. Jakarta.
- Rawlin, R. & Heacock, S., (1993). *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*. Philadelphia, USA: C.V. Mosby Year Book.
- Stuart and Sundeen, (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 3, Jakarta : EGC.



Lampiran

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Ykh.:

Calon Responden Penelitian

Di

Tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Martin Hartingingsih NPM. : 130 420 109X

Nama : Ida Rosidah NPM. : 130 420 1065

Alamat : Jl. SPG VII, RT.10/09 No, 21 Lubang Buaya Cipayung, Jakarta Timur

HP : 085216198331 / 08158183051

Adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian tentang "Tingkat Kecemasan Keluarga Klien di Ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo".

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Tingkat Kecemasan Keluarga Klien di Ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.

Kami ingin mengetahui kondisi klien dan keluarga selama berada di ruang resusitasi dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan oleh peneliti. Jawaban responden sangat berguna baik bagi klien, responden dan peneliti serta bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Jawaban responden tidak akan mempengaruhi pelayanan pada keluarga responden.

Apabila responden menyetujui, maka dengan ini peneliti mohon responden menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan yang ada pada angket penelitian.

Atas perhatian dan kesediaannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Jakarta, Desember 2005

Peneliti,

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan yang diberikan oleh peneliti, saya bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tentang “Tingkat Kecemasan Keluarga Klien di Ruang Resusitasi Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo”.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan jawaban yang saya berikan akan dirahasiakan keberadaannya. Saya bersedia untuk menjadi responden penelitian.

Jakarta, Desember 2005

Responden,

(.....)

**TINGKAT KECEMASAN KELUARGA KLIEN DI RUANG RESUSITASI UNIT
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT CIPTO MANGUNKUSUMO**

Berilah tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda :

No. Responden :

A. Data Demografi

1. Jenis Kelamin

Laki-laki

Perempuan

2. Pendidikan

Tidak Sekolah

SMA

Perguruan Tinggi

SD

SMP

3. Umur : ... tahun

4. Pekerjaan

Tidak bekerja

Swasta

PNS / ABRI

Buruh

Wiraswasta

5. Hubungan dengan klien

Suami

Ibu

Anak

Istri

Ayah

B. Lembar Kuesioner

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pertanyaan di bawah ini sehingga benar-benar dimengerti.
2. berilah tanda check (√) terhadap pilihan bapak / ibu sesuai dengan pilihan yang paling tepat pada kolom yang tersedia.

Keterangan untuk jawaban yaitu :

1. Sangat setuju
2. Setuju
3. tidak setuju
4. Sangat tidak setuju

No.	Pernyataan	1	2	3	4
		SS	S	TS	STS
1.	Saat keluarga saya masuk ruangan ini saya merasa takut kehilangan dan merasa bersalah.				
2.	Saya sempat tidak sadarkan diri ketika keluarga saya harus masuk ruangan ini.				
3.	Saya beranggapan bahwa pasien yang masuk ruang ini harapan untuk sembuh sangat kecil.				
4.	Bila melihat kondisi kesehatan keluarga saya, saya jadi mudah menangis.				
5.	Dalam kondisi ini saya mudah tersinggung				
6.	Melihat kesibukan petugas menambah cemas saya.				
7.	Melihat kesibukan petugas, saya berfikir kondisi kesehatan keluarga saya buruk.				
8.	Saya mendapat penjelasan mengenai kondisi kesehatan keluarga saya.				
9.	Saya tidak tahu apa yang harus saya lakukan setelah mendapatkan informasi tentang kondisi keluarga saya.				
10.	Informasi tentang tindakan yang akan dilakukan akan mengurangi kecemasan saya.				
11.	Bila nama keluarga saya dipanggil saya tekejut dan gemetar.				

No.	Pernyataan	1	2	3	4
		SS	S	TS	STS
12.	Bila melihat alat-alat yang terpasang menambah kecemasan saya.				
13.	Saya gugup bila ada pertanyaan yang berhubungan dengan keluarga saya.				
14.	Kondisi klien lain meningkatkan kecemasan saya.				
15.	Dalam menghadapi kondisi kesehatan keluarga saya, nafas saya terasa sesak.				
16.	Selama menunggu keluarga di sini, jantung saya berdebar-debar.				
17.	Selama menunggu keluarga saya di sini, saya tidak nafsu makan.				
18.	Selama menunggu keluarga saya di sini, saya sering buang air kecil.				
19.	Selama menunggu keluarga saya di sini, mulut saya terasa kering.				
20.	Keberadaan keluarga klien lain dapat menurunkan kecemasan saya.				