

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Pengetahuan**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pengetahuan adalah hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan "apa". Apabila pengetahuan mempunyai sasaran tertentu, mempunyai metode atau pendekatan untuk mengkaji obyek tertentu sehingga memperoleh hasil yang dapat disusun secara sistematis dan diakui secara umum, maka terbentuklah disiplin ilmu. (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, dkk, 2007).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

##### **2.1.2 Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2014).

### 1. Tahu (*know*)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk di dalam pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari / rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

### 2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemauan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi secara benar. Orang yang lebih paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, meramalkan, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

### 3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumusan, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4. Analisa (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sma lain. Kemampuan

analisis ini dapat dilihat dari penggunaan tatanan kerja. Dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

#### 5. Sintesis (*Syintetis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari informasi-informasi yang ada. Misalnya, menyusun, merencanakan, menghasilkan, menyesuaikan, terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

#### 6. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau obyek. Penelitian-penelitian itu berdasarkan suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

### **2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut Widianti (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

#### 1. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibanding dengan seseorang yang tingkat pendidikannya rendah.

## 2. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalamannya sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

## 3. Fasilitas

Fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku.

## 4. Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar maka ia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi.

## 5. Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

## 6. Keyakinan

Biasanya diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

### **2.1.4 Sumber Pengetahuan Masyarakat**

#### 1. Tradisi

Sumber pengetahuan tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak

dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi tradisi mungkin terdapat kendala untuk kebutuhan manusia karena beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat, dan kebenarannya tidak pernah dicoba diteliti. Disamping itu tradisi tidak cocok dengan keadaan masyarakat Indonesia yang menjunjung tinggi demokrasi.

## 2. Autoritas

Masyarakat yang semakin majemuk, adanya suatu autoritas seseorang dengan keahlian tertentu. Ketergantungan terhadap suatu autoritas tidak dapat dihindarkan karena kita tidak dapat secara otomatis menjadi seorang ahli dalam mengatasi setiap permasalahan yang dihadapi. Akan tetapi, seperti halnya tradisi, jika keahliannya tergantung dari pengalaman pribadi, sering pengetahuannya tidak teruji secara ilmiah.

## 3. Pengalaman Seseorang

Kita semua memecahkan suatu permasalahan berdasarkan observasi dan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang penting dan bermanfaat. Kemampuan untuk menyimpulkan, mengetahui aturan, dan membuat prediksi berdasarkan observasi adalah penting bagi pola penalaran manusia. Akan tetapi, pengalaman individu tetap mempunyai keterbatasan pemahaman: pengalaman mempunyai:

- a. Setiap pengalaman seseorang mungkin terbatas untuk membuat kesimpulan yang valid tentang situasi.
- b. Pengalaman seseorang diwarnai dengan penilaian yang bersifat obyektif.

#### 4. *Trial dan Error*

Kadang-kadang kita memecahkan suatu permasalahan keberhasilan kita dalam menggunakan alternative pemecah melalui “coba dan salah”. Meskipun pendekatan ini untuk beberapa masalah lebih praktis, sering tidak efisien. Metode ini cenderung ke suatu risiko yang tinggi, penyelesaiannya untuk beberapa hal mungkin “*idiosyentric*” (pemikiran untuk kontak atau berhubungan).

#### 5. Alasan yang logis

Kita sering menyelesaikan suatu masalah berdasarkan proses pemikiran yang logis. Pemikiran ini merupakan komponen yang penting dalam pendekatan ilmiah, akan tetapi alasan yang rasional sangat terbatas karena validitas alasan deduktif tergantung dari informasi dimana seseorang memulai, dan alasan tersebut mungkin tidak efisien untuk mengevaluasi akurasi permasalahan.

#### 6. Metode Ilmiah

Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang paling tepat untuk mencari suatu kebenaran karena didasari pada pengetahuan yang terstruktur dan sistematis serta didalam menyimpulkan dan menganalisa datanya didasarkan pada prinsip validitas dan reabilitas. Metode ini jika dikombinasi dengan pemikiran yang logis baik dengan pendekatan induktif maupun deduktif, sehingga akan mampu menciptakan suatu *system problem solving* yang lebih akurat dan tepat daripada tradisi, autoritas, pengalaman, trial dan error (Nursalam, 2003).

### 2.1.5 Kriteria Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Menurut Arikunto (2006) terdapat 3 kategori tingkat pengetahuan yang didasarkan pada nilai presentase sebagai berikut:

1. Tingkat Pengetahuan kategori Baik jika nilainya  $\geq 75\%$ .
2. Tingkat pengetahuan kategori Cukup jika nilainya  $56 - 74\%$
3. Tingkat pengetahuan kategori Kurang jika nilainya  $< 55\%$

## 2.2 Keluarga

### 2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut BKKBN *cit* Setyowati dan Murwani (2008), keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri atau suami-istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya

Keluarga menurut Departemen Kesehatan RI (1988) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan satu sama lain.

Keluarga menurut “Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya“ (1989) adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing

menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Effendy Nasrul,1998)

Keluarga menurut Burger (1963) membuat definisi yang berorientasi pada tradisi dan digunakan sebagai referensi secara luas:

1. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan darah, dan ikatan adopsi.
2. Pada anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka akan tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah tangga.
3. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial 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 (Marilyn M. Friedman,1998).

### **2.2.2 Tipe Keluarga**

Menurut Setyowati dan Murwani (2008), beberapa tipe keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Keluarga Inti (*nuclear family*), adalah suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak baik anak kandung maupun adopsi.
- b. Keluarga Besar (*extended family*), keluarga inti ditambah keluarga yang lain (karena hubungan darah), misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu.



- c. Keluarga Berantai, keluarga yang terbentuk karena perceraian/atau kematian pasangan yang dicintai dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.
- d. Keluarga (*Dyad*) adalah suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
- e. (*Keluarga Parent*) adalah suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- f. Keluarga (*single adult*) adalah suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).
- g. Keluarga non-tradisional, terdiri dari : *The unmarried teenage mother, The stepparent family, Commune family, The non marital heterosexual cohabitang family, Gay and lesbian family, Cohabiting couple, dan group marriage family.*

### 2.2.3 Fungsi Keluarga

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut:

- 1. Fungsi biologis
  - a. Untuk meneruskan keturunan.
  - b. Memelihara dan membesarkan anak .
  - c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga.
  - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga.

## 2. Fungsi psikologis

- a. Memberikan kasih sayang.
- b. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga.
- c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
- d. Memberikan identitas keluarga.

## 3. Fungsi sosialisasi

- a. Membina sosialisasi pada anak.
- b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
- c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

## 4. Fungsi ekonomi

- a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

## 5. Fungsi pendidikan

- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.

- b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat pengembangannya

## **2.3 Konsep *Triage***

### **2.2.1 Definisi *Triage***

*Triage* (*Triage*) berasal dari kata perancis yang berarti “menyeleksi”. Dulu istilah ini dipakai untuk menyeleksi buah anggur untuk membuat minuman anggur yang bagus atau memisahkan biji kopi sesuai kualitasnya. Setelah itu, konsepnya semakin berkembang dan konsep yang dipakai seperti sekarang ini ditetapkan setelah perang dunia I. *triage* bencana adalah suatu sistem untuk menetapkan prioritas perawatan medis berdasarkan berat ringannya suatu penyakit ataupun tingkat kedaruratannya, agar dapat dilakukan perawatan medis yang terbaik kepada korban sebanyak-banyaknya, di dalam kondisi dimana tenaga medis maupun sumber-sumber materi lainnya serba terbatas (Zailani dkk, 2009). *Triage* adalah usaha pemilahan korban sebelum ditangani, berdasarkan tingkat kegawatdaruratan trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada (Wijaya, S, 2010).

*Triage* adalah suatu konsep pengkajian yang cepat dan terfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien dengan tujuan untuk memilih atau menggolongkan semua pasien yang memerlukan pertolongan dan menetapkan prioritas penanganannya (Kathleen, 2008).

*Triage* berasal dari bahasa Perancis *trier* dan bahasa Inggris *triage* dan diturunkan dalam bahasa Indonesia *triase* yang berarti sortir. Yaitu proses khusus memilah pasien berdasar beratnya cedera/penyakit untuk menentukan jenis perawatan gawat darurat. Kini istilah tersebut lazim digunakan untuk menggambarkan suatu konsep pengkajian yang cepat dan berfokus dengan suatu cara yang memungkinkan pemanfaatan sumber daya manusia, peralatan serta fasilitas yang paling efisien terhadap 100 juta orang yang memerlukan perawatan di UGD setiap tahunnya (Pusponegoro, 2010).

### **2.2.2 Prinsip-prinsip *Triage***

Prinsip – prinsip *triage* yang utama sekali harus dilakukan adalah:

1. *Triage* umumnya dilakukan untuk seluruh pasien
2. Waktu untuk *Triage* per orang harus lebih dari 30 detik
3. Prinsip utama *triage* adalah melaksanakan prioritas dengan urutan nyawa, fungsi, dan penampilan.
4. Pada saat melakukan *triage*, maka kartu *triage* akan dipasangkan kepada korban luka untuk memastikan urutan prioritasnya

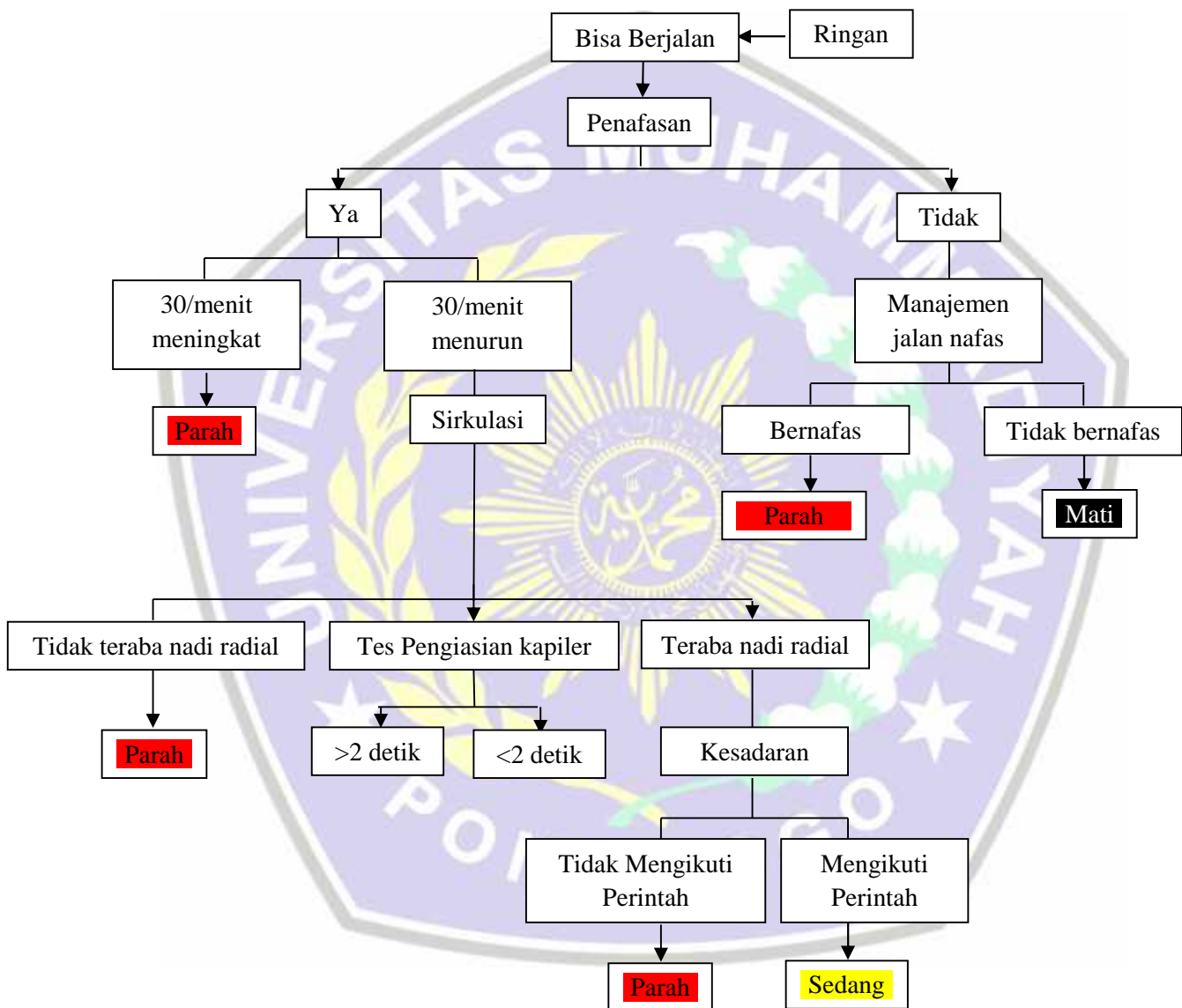
(Zailani, 2009).

### **2.2.3 Metode *Triage***

*Simple Triage and Rapid Treatment (START)* adalah metode yang telah dikembangkan atas pemikiran bahwa *triage* harus “akurat”, “cepat”, dan “universal”. Metode tersebut menggunakan 4 macam observasi yaitu, “bisa berjalan”, “bernafas”, “sirkulasi darah”, dan “tingkat kesadaran” untuk

menentukan tindakan dan penting sekali bagi seluruh anggota medis untuk mampu melakukan *triage* dengan metode ini (Zailani, 2009).

Untuk alur pelaksanaan *triage* dapat dilihat pada skema berikut :



Sumber: Zailani (2009).

#### 2.2.4 Kategori *Triage*

Korban yang nyawanya dalam keadaan kritis dan memerlukan prioritas utama dalam pengobatan medis diberi kartu merah. Korban yang dapat menunggu untuk beberapa jam diberi kartu kuning, sedangkan korban yang dapat berjalan sendiri diberi kartu hijau. Korban yang telah melampaui kondisi kritis dan kecil kemungkinannya untuk diselamatkan atau telah meninggal diberi kartu hitam. Dalam kondisi normal, pasien yang sudah diambang kematian dapat diselamatkan dengan pengobatan yang serius walaupun kemungkinannya sangat kecil. Para petugas medis yang sudah terbiasa memberikan pelayanan medis yang maksimal dan pantang menyerah terhadap pasien dengan kondisi seperti itu, mungkin akan dihinggapi perasaan berdosa saat memberikan kartu hitam kepada korban. Disinilah letak perbedaan antara pengobatan darurat dengan prinsip “terbaik untuk satu orang” dan pengobatan bencana dengan prinsip “terbaik untuk semua” (Zailani, 2009).

Untuk lebih jelasnya, kategori *triage* dapat kita lihat pada tabel 2.1. berikut

ini:

**Tabel 2.1. Kategori Triage**

Prioritas	Warna	Kode	Kategori	Kondisi Penyakit / Luka
1	Merah	I	Prioritas utama pengobatan	Memerlukan pengobatan dengan segera karena dalam kondisi yang sangat kritis yaitu tersumbatnya jalan napas, dyspnea, pendarahan, syok, hilang kesadaran, penurunan respon, trauma kepala, tension pneumonithorax, distress pernafasan, henti jantung, cedera kepala berat, dada, perut, luka bakar berat, patah tulang terbuka, stroke tidak sadar
2	Kuning	II	Bisa menunggu pengobatan	Pengobatan mereka dapat ditunda untuk beberapa jam dan tidak akan berpengaruh terhadap nyawanya. Tanda-tanda vital stabil. Korban dengan resiko syok, multiple fraktur, luka bakar tanpa gangguan nafas, gangguan kesadaran, cedera vertebrata atau dada tanpa gangguan nafas, cedera perut tanpa syok, cedera kepala, cedera jaringan lunak berat, infeksi berat, luka bakar ringan
3	Hijau	III	Ringan	Mayoritas korban luka yang dapat berjalan sendiri mereka dapat melakukan rawat jalan. Fraktur minor, luka bakar minor, cedera jaringan lunak ringan, dislokasi extremitas, demam, radang, ISPA, lambung, gangguan psikologis
4	Hitam	0	Meninggal atau tidak dapat diselamatkan	Korban sudah meninggal ataupun tanda-tanda kehidupannya terus menghilang.

Sumber Wijaya (2010)

### 2.2.5 Tujuan *Triage*

Tujuan utama adalah untuk mengidentifikasi kondisi mengancam nyawa, tujuan triage selanjutnya adalah untuk menetapkan tingkat atau drajat kegawatan yang memerlukan pertolongan kedaruratan.

Dengan *trriage* tenaga kesehatan akan mampu:

1. Menginisiasi atau melakukan intervensi yang cepat dan tepat kepada pasien
2. Menetapkan area yang paling tepat untuk dapat melaksanakan pengobatan lanjutan
3. Memfasilitasi alur pasien melalui unit gawat darurat dalam proses penanggulangan/pengobatan gawat darurat.

(Zailani, 2009).

### 2.2.6 Faktor yang mempengaruhi sistem *trriage*

Faktor-faktor yang mempengaruhi Sistem *Triage* dipengaruhi adalah sebagai berikut:

1. Jumlah tenaga profesional dan pola ketenagaan
2. Jumlah kunjungan pasien dan pola kunjungan pasien
3. Denah bangunan fisik unit gawat darurat
4. Terdapatnya klinik rawat jalan dan pelayanan medis

(Wijaya, 2010)

### 2.2.7 Masalah yang terjadi di IGD

Sama halnya dengan berbagai unit pelayanan kedokteran lainnya, mengelola IGD tidak semudah yang diperkirakan. Akan banyak masalah yang



ditemukan yang jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu:

#### 1. Masalah pembiayaan

Masalah pertama yang ditemukan adalah kesulitan pembiayaan dalam mengelola IGD. Terdapat dua faktor utama yang berperan, pertama, karena biaya pengelolaan IGD memang besar. Kedua, karena pendapatan IGD tidak pernah bias dijamin.

#### 2. Masalah beban kerja

Perbedaan pengertian keadaan gawat darurat antara pasien dengan petugas kesehatan, menyebabkan pelayanan IGD sering dimanfaatkan oleh mereka yang sebenarnya kurang membutuhkan. Hal ini berakibat atas banyaknya jumlah pengunjung rawat jalan akan berkurang. Dampaknya akan terlihat pada menurunnya pendapatan.

(Djemari, 2010)

### **2.2.8 Kecepatan Pelayanan di *Triage***

Triage adalah sebuah metode pengelompokan pasien berdasarkan berat ringannya kasus, harapan hidup dan tingkat keberhasilan yang akan dicapai sesuai dengan standar pelayanan IGD yang dimiliki. Triage dilakukan dalam waktu maksimal 60 detik (1 menit) setelah pasien masuk IGD. Pengelompokan pasien dengan sistem triage diberlakukan untuk memprioritaskan pasien yang datang sesuai dengan kondisi dan kecepatan waktu yang dibutuhkan.

### 1. Merah

Merupakan tanda pasien yang membutuhkan pertolongan darurat dan cepat, misalnya patah tulang, kejang, perdarahan otak, luka bakar, serangan stroke, kegagalan fungsi jantung, gagal nafas, atau dalam keadaan tidak sadar penurunan respon, trauma kepala, tension pneumothorax, distress pernafasan, henti jantung, cedera kepala berat, dada, perut, luka bakar berat, patah tulang terbuka. Maksimal waktu tunggu adalah 10 menit.

### 2. Kuning

Merupakan tanda bagi pasien yang pelayanannya dapat ditunda, misalnya infeksi luka ringan, usus buntu, patah tulang, resiko syok, multiple fraktur, luka bakar tanpa gangguan nafas, gangguan kesadaran, cedera vertebrata atau dada tanpa gangguan nafas, cedera perut tanpa syok, cedera kepala, cedera jaringan lunak berat, infeksi berat, luka bakar ringan. Maksimal waktu tunggu adalah 30 menit.

### 3. Hijau

Merupakan tanda bagi pasien yang tidak dalam kondisi gawat darurat dan dapat ditunda, misalnya benturan memar di permukaan kulit, luka lecet, tertusuk duri, demam ringan, dan radang lambung, raktur minor, luka bakar minor, cedera jaringan lunak ringan, dislokasi extremitas, ISPA, gangguan psikologis. Maksimal waktu tunggu adalah 60 menit.

### 4. Hitam

Merupakan tanda bagi pasien yang sudah tidak dapat ditolong dan usia

harapan hidup sangat tipis, misalnya pasien dengan kondisi kerusakan berat dari seluruh organ penting tubuh.

(Subekti, 2014)

## **2.4 Kecemasan**

### **2.4.1 Pengertian Kecemasan**

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kecemasan dimulai secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap bahaya. Kecemasan berupa respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik (Stuart GW, 2006).

Kecemasan adalah gejala yang tidak spesifik dan aktivitas saraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik yang sering ditemukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal (Carpenito, 2000). Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan manusia dan memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman (Ayub Sani Ibrahim, 2003: 30).

Kecemasan merupakan suatu keadaan yang wajar, karena seseorang pasti menginginkan segala sesuatu dalam kehidupannya dapat berjalan dengan lancar dan terhindar dari segala marabahaya atau kegagalan serta sesuai dengan harapannya. (Suliswati, 2005)

#### 2.4.2 Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Freud (Kutipan Ayub Sani Ibrahim, 2003 : 31), memiliki 4 gejala yang terdiri dari:

1. Gangguan Somatik

Tremor, panas–dingin, kejang, berkeringat, palpitasi, nausea, diare, mulut kering, libido yang menurun, sesak nafas dan kesukaran untuk menelan

2. Gangguan Kognitif

Kesukaran untuk berkonsentrasi, kebingungan, kekuatan akan lepas kendali atau akan menjadi gila dan kewaspadaan yang berlebihan serta pikiran akan malapetaka yang besar.

3. Gangguan Perilaku

Ekspresi ketakutan, iritabilitas, imobilisasi, hipertensi dan penarikan diri dari masyarakat.

4. Gangguan Persepsi

Depersonalisasi dan derealisasi.

#### 2.4.3 Keluhan-keluhan kecemasan

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami kecemasan menurut (Stuart&Sundeen, 1998) dalam (Suparyanto, 2011)

1. 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 (*tinnitus*), berdebar-debar, sesak nafas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan dan sakit kepala.

#### 2.4.4 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut (Stuart & Sundeen, 1998) ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan:

##### 1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, yang berupa;

- a. Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu
- b. Konflik emosional yang dialami individu dan terselesaikan dengan baik.
- c. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- d. Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidak berdayaan untuk mengambil keputusan
- e. Gangguan fisik menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang mempengaruhi konsep diri.

##### 2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan, yang dikelompokkan menjadi dua; Menurut Stuart & Sundeen (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi menjadi 2 yaitu faktor internal dan eksternal yaitu:

a. Faktor eksternal

- 1) Ancaman integritas fisik meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap terhadap kebutuhan dasar.
- 2) Ancaman sistem diri diantaranya ancaman terhadap identitas diri, harga diri, dan hubungan interpersonal, kehilangan serta perubahan status atau peran.

b. Faktor internal

1) Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi.

2) Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang matur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

3) Pendidikan dan status ekonomi

Tingkat pendidikan dan status ekonomi yang rendah akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

#### 4) Keadaan fisik

Seseorang yang akan mengalami gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami kecemasan, di samping itu orang yang mengalami kelelahan fisik mudah mengalami kecemasan.

#### 5) Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada orang dengan kepribadian B. Adapun ciri- ciri orang dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot- otot mudah tegang. Sedang orang dengan tipe kepribadian B mempunyai ciri- ciri berlawanan dengan tipe kepribadian A. Karena tipe kepribadian B adalah orang yang penyabar, teliti, dan rutinitas.

#### 6) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

#### 7) Umur

Seseorang yang mempunyai umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya.

Pembagian umur berdasarkan psikologi perkembangan (Hurlock, 2002) bahwa masa dewasa terbagi atas:

- a) Masa Dewasa Dini, berlangsung antara usia 18 - 40 tahun
- b) Masa Dewasa Madya, berlangsung antara usia 41 - 60 tahun
- c) Masa Lanjut Usia, berlangsung antara usia 61 tahun

#### 1) Jenis kelamin

Gangguan panik merupakan suatu gangguan cemas yang ditandai oleh kecemasan yang spontan dan episodik. Gangguan ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria.

#### 2.4.5 Tingkat Kecemasan

Menurut (Stuart&Sundeen, 1998) dalam (Suparyanto, 2011) mengidentifikasi tingkat kecemasan dapat dibagi menjadi:

##### 1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada serta meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Kecemasan ini normal dalam kehidupan karena meningkatkan motivasi dalam membuat individu siap bertindak. Stimulus dari luar siap diinternalisasi dan pada tingkat individu mampu memecahkan masalah secara efektif, misalnya seseorang yang menghadapi ujian akhir, individu yang akan melanjutkan pendidikan ke jenjang lebih tinggi, pasangan dewasa yang akan memasuki jenjang pernikahan.



## 2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang yang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Cemas sedang ditandai dengan lapang persepsi mulai menyempit. Pada kondisi ini individu masih bisa belajar dari arahan dari pengalaman orang lain. Stimulus dari luar tidak mampu diinternalisasi dengan baik, tetapi individu sangat memperhatikan hal-hal yang menjadi pusat perhatian.

## 3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi orang yang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Seseorang memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Lapang persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak berfikir tentang hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah atau arahan untuk berfokus pada area lain, misalnya individu yang mengalami kehilangan harta benda dan orang yang dicintai karena bencana alam, individu dalam penyanderaan.

### 2.4.6 Alat ukur kecemasan

Menurut Hawari (2004) mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, berat dan berat sekali, orang menggunakan

alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HARS). Alat ukur ini terdiri 14 kelompok gejala yang masing- masing kelompok dirinci lagi dengan gejala- gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (skore) antara 0-4, yang artinya adalah

1. Nilai 0 = tidak ada gejala / keluhan
2. Nilai 1 = gejala ringan / satu dari gejala yang ada
3. Nilai 2 = gejala sedang / separuh dari gejala yang ada
4. Nilai 3 = gejala berat / lebih dari separuh dari gejala yang ada
5. Nilai 4 = gejala berat sekali / semua dari gejala yang ada

Masing- masing nilai angka (skore) dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (skore):

1.  $< 6$  = tidak ada kecemasan.
2.  $6 - 14$  = kecemasan ringan.
3.  $15 - 27$  = kecemasan sedang.
4.  $28 - 48$  = kecemasan berat
5.  $>48$  = kecemasan berat sekali / panik

(Hawari, 2004)

Adapun hal- hal yang dinilai dalam alat ukur HARS ini adalah sebagai berikut:

## 1. Perasaan cemas (ansietas)

- a. Cemas
- b. Firasat buruk
- c. Takut akan pikiran sendiri
- d. Mudah tersinggung.

## 2. Ketegangan

- a. Merasa tegang
- b. Lesu
- c. Tidak bisa istirahat dengan tenang
- d. Mudah terkejut
- e. Mudah menangis
- f. Gemetar
- g. Gelisah

## 3. Ketakutan

- a. Pada gelap
- b. Pada orang asing
- c. Ditinggal sendiri
- d. Pada binatang besar
- e. Pada keramaian lalu lintas
- f. Pada kerumunan banyak orang

## 4. Gangguan tidur

- a. Sukar masuk tidur
- b. Terbangun malam hari



- c. Tidur tidak nyenyak
  - d. Bangun dengan lesu
  - e. Banyak mimpi- mimpi
  - f. Mimpi buruk
  - g. Mimpi menakutkan
5. Gangguan kecerdasan
- a. Sukar konsentrasi
  - b. Daya ingat menurun
  - c. Daya ingat buruk
6. Perasaan depresi (murung)
- a. Hilangnya minat
  - b. Berkurangnya kesenangan pada hobi
  - c. Sedih
  - d. Bangun dini hari
  - e. Perasaan berubah- ubah sepanjang hari
7. Gejala somatik/ fisik (otot)
- a. Sakit dan nyeri di otot- otot
  - b. Kaku
  - c. Kedutan otot
  - d. Gigi gemerutuk
  - e. Suara tidak stabil
8. Somatik/ fisik (sensorik)
- a. Tinitus (telinga berdengung)



- b. Penglihatan kabur
  - c. Muka merah/ pucat
  - d. Merasa lemas
  - e. Perasaan di tusuk-tusuk
9. Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah)
- a. Takikardia (denyut jantung cepat)
  - b. Berdebar-debar
  - c. Nyeri di dada
  - d. Denyut nadi mengeras
  - e. Rasa lesu/ lemas seperti mau pingsan
  - f. Detak jantung menghilang (berhenti sekejap)
10. Gejala respiratori (pernapasan)
- a. Rasa tertekan / sempit di dada
  - b. Rasa tercekik
  - c. Sering menarik napas
  - d. Napas pendek / sesak
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan)
- a. Sulit menelan
  - b. Perut melilit
  - c. Gangguan pencernaan
  - d. Nyeri sebelum dan sesudah makan
  - e. Perasaan terbakar di perut
  - f. Rasa penuh / kembung

- g. Mual
- h. Muntah
- i. Buang air besar lembek
- j. Sukar buang air besar (konstipasi)
- k. Kehilangan berat badan

12. Gejala urogenetal (perkemihan dan kelamin)

- a. Sering buang air kecil
- b. Tidak dapat menahan air seni
- c. Tidak datang bulan (tidak ada haid)
- d. Darah haid berlebihan
- e. Darah haid amat sedikit
- f. Masa haid berkepanjangan
- g. Masa haid amat pendek
- h. Haid beberapa kali dalam sebulan
- i. Menjadi dingin (frigid)
- j. Ejakulasi dini
- k. Ereksi melemah
- l. Ereksi hilang
- m. Impotensi

13. Gejala autonom

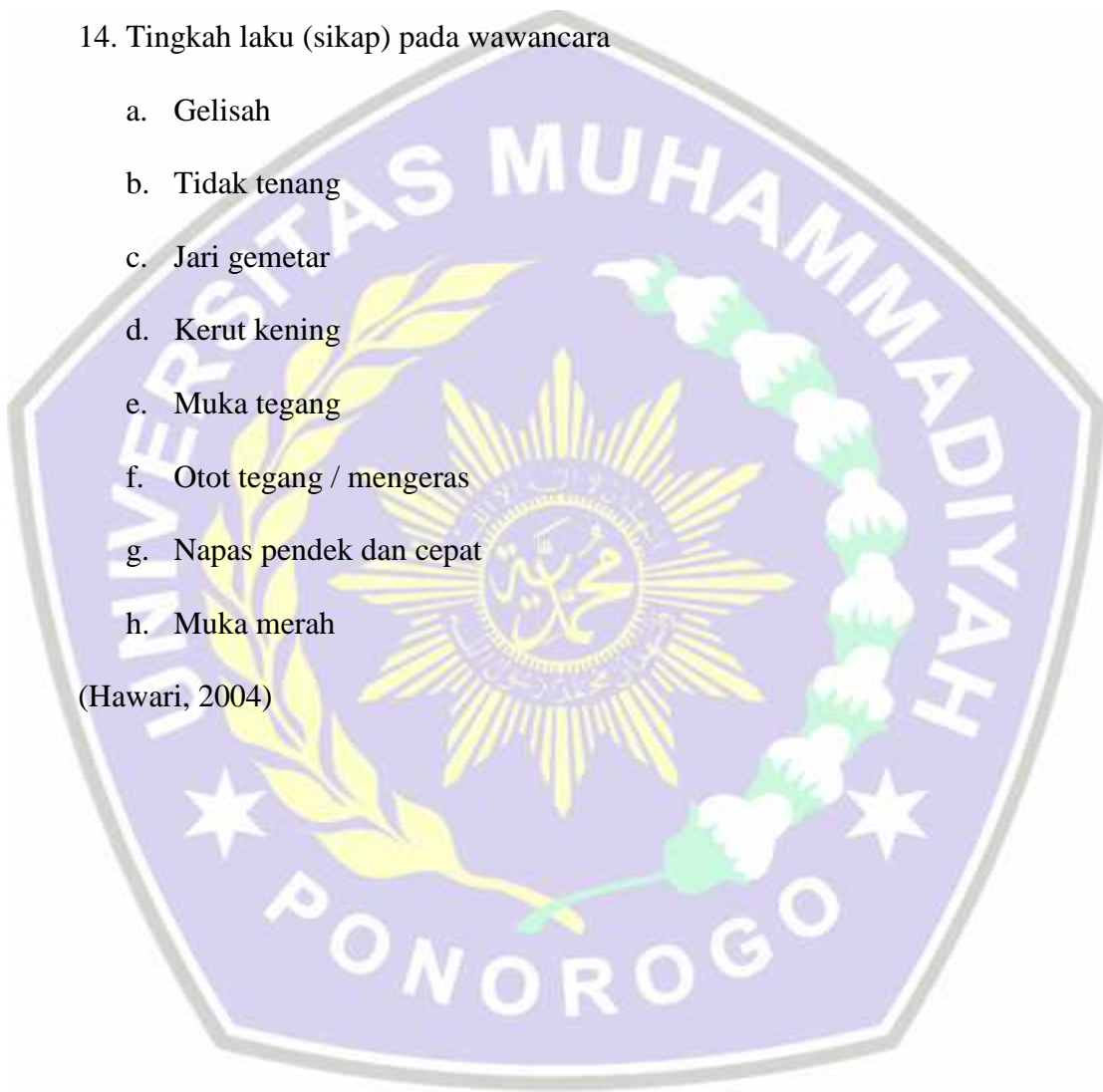
- a. Mulut kering
- b. Muka merah
- c. Mudah berkeringat

- d. Kepala pusing
- e. Kepala terasa berat
- f. Kepala terasa sakit
- g. Bulu-bulu berdiri.

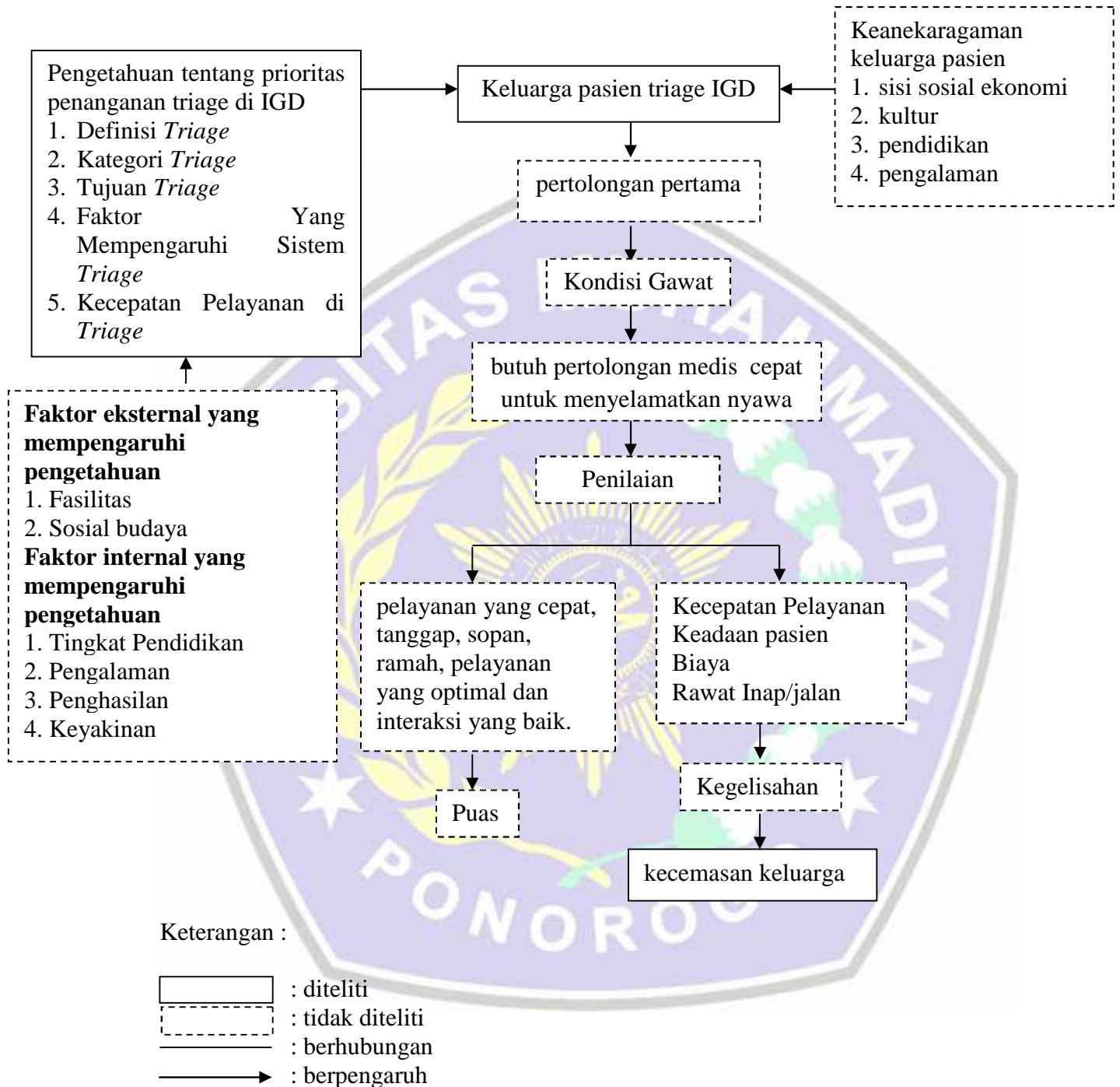
14. Tingkah laku (sikap) pada wawancara

- a. Gelisah
- b. Tidak tenang
- c. Jari gemetar
- d. Kerut kening
- e. Muka tegang
- f. Otot tegang / mengeras
- g. Napas pendek dan cepat
- h. Muka merah

(Hawari, 2004)



## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan Pengetahuan Tentang Prioritas Penanganan *Triage* Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di IGD RSU Darmayu Ponorogo.