

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kecemasan Keluarga Pasien

a. Definisi Kecemasan

Cemas adalah rasa khawatir berlebih terhadap sesuatu yang tidak nyata, dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu serta ketidakberdayaan. Cemas berbeda dengan ketakutan, dimana rasa takut memiliki objek khusus yang dapat diidentifikasi serta melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus, sedangkan kecemasan merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut (Stuart, 2007).

Kecemasan merupakan respon yang tepat terhadap ancaman, tetapi akan menjadi abnormal bila tingkatannya tidak sesuai dengan porsi ancaman, atau datang tanpa adanya penyebab (Videback, 2008). Sedangkan menurut Nevid, Rathus, & Greene (2005) kecemasan adalah kondisi yang wajar karena seseorang pasti menginginkan kehidupannya berjalan lancar sesuai dengan harapannya serta terhindar dari bahaya.

b. Faktor yang mempengaruhi kecemasan

1) Faktor predisposisi

Menurut Stuart (2007) terdapat berbagai teori yang menjelaskan asal

dari kecemasan, diantaranya adalah:

a) Teori psikoanalitik

Berdasarkan teori psikoanalitik dari Sigmund Freud, kecemasan muncul karena adanya konflik antar elemen kepribadian yaitu id (*insting*) dan super ego (nurani). *Doongan insting* dan *impuls primitif* diwakili oleh ide, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma budayanya. Ego memiliki fungsi untuk menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego apabila ada bahaya.

b) Teori *interpersonal*

Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penolakan interpersonal. Selain itu, kecemasan juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

c) Teori *behavior*

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

d) Teori perspektif keluarga

Kecemasan timbul karena pola interaksi yang tidak adaptif dalam

keluarga.

e) Teori perspektif biologi

Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yaitu benzodiazepine. Reseptor ini dapat membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam amino butirik - gamma amino regulator (GABA) juga memainkan peran utama dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang memiliki akibat yang nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan dapat disertai dengan gangguan fisik serta menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi *stressor*.

2) Faktor presipitasi

Faktor presipitasi adalah faktor-faktor yang memicu terjadinya kecemasan, diantaranya adalah (Stuart, 2007):

- a) Ancaman integritas seseorang yang terdiri dari ketidakmampuan fisiologis atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- b) Ancaman sistem diri seseorang berupa hal yang dapat membahayakan identitas harga diri serta fungsi sosial seseorang.

3) Faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen (2005), faktor-faktor yang dapat

mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut:

a) Faktor Eksternal

- (1) Integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan, dan perawatan selama sakit).
- (2) Konsep diri. Konsep diri adalah persepsi tentang diri kita yang bersifat fisik, psikologi, maupun sosial yang datang dari pengalaman dan interaksi kita dengan orang lain. Setiap individu memiliki kualitas konsep diri yang berbeda-beda. Kualitas konsep diri berada dalam kontinum dari konsep diri yang negatif/rendah hingga konsep diri yang positif/tinggi. Secara ekstrim, konsep diri seseorang dapat dikategorikan kedalam kelompok konsep diri negatif atau kelompok konsep diri positif. Namun, dalam kenyataannya tidak ada individu yang konsep dirinya sepenuhnya negatif atau sebaliknya. Konsep diri positif dapat disamakan dengan evaluasi diri positif, penghargaan diri yang positif, perasaan harga diri yang positif dan penerimaan diri yang positif. Konsep diri yang positif bersifat stabil dan bervariasi. Individu yang memiliki konsep diri positif adalah individu yang tahu betul tentang dirinya, dapat memahami dan menerima sejumlah

fakta yang sangat bermacam-macam tentang dirinya sendiri, evaluasi terhadap dirinya sendiri menjadi positif dan dapat menerima keberadaan orang lain. Individu yang memiliki konsep diri positif akan merancang tujuan-tujuan yang sesuai dengan realitas, yaitu tujuan yang kemungkinan besar tercapai. Konsep diri negatif sama dengan evaluasi diri yang negatif. Orang yang memiliki konsep diri negatif tidak akan mampu merumuskan dan mengemas hal-hal yang hendak ia komunikasikan dengan orang lain, sehingga komunikasinya menjadi lambat. Pesan yang tidak disampaikan dengan baik akan menimbulkan tanggapan yang juga tidak baik, akhirnya sebuah proses komunikasi yang diharapkan tidak dapat terlaksana secara efektif.

Dengan konsep diri yang negatif, seseorang akan merasa minder, rendah, penakut, membenci diri dan tidak adanya perasaan menghargai pribadi dan penerimaan diri. Orang yang tidak menerima dirinya sendiri cenderung tidak menerima orang lain.

- (3) Sistem pendukung. Sistem pendukung berupa kumpulan individu, keluarga, lingkungan dan masyarakat yang dapat mempengaruhi individu dalam melakukan sesuatu. Sistem

pendukung akan mempengaruhi mekanisme coping sehingga individu mampu menggambarkan kecemasan yang berbeda. Salah satu sistem pendukung untuk mengurangi kecemasan pasien adalah *Support informational* yang diperoleh oleh anggota keluarga. *Support informational* adalah pemberian nasihat, saran ataupun umpan balik tentang apa yang sedang dan telah dilakukan seseorang (Sarafino, 2006). *Support informational* merupakan informasi yang diberikan kepada individu atau kelompok terkait masalah yang dihadapinya dan merupakan salah satu *Support system* yang dapat diberikan untuk mengurangi kecemasan.

- (4) Lingkungan dan situasi. Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

b) Faktor Internal

- (1) Potensi *stressor*

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

- (1) Maturitas/kedewasaan

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar

mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu yang dewasa mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

(2) Pendidikan dan status ekonomi

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

(3) Keadaan fisik

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

(4) 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 sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna,

merasa diburu-buru waktu, mudah gelisah, tidak dapat tenang, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedangkan orang dengan tipe dengan tipe kepribadian B memiliki sifat-sifat yang berbeda dengan orang berkepribadian A, yaitu penyabar, tenang, teliti dan rutinitas.

(5) Umur

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

(6) Jenis Kelamin

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

(7) Pengetahuan

Pengetahuan yang tinggi akan menentukan coping lebih baik sehingga memiliki kecemasan yang lebih rendah daripada yang berpengetahuan rendah.

c. Klasifikasi kecemasan

Hawari (2011), mengemukakan terdapat empat kecemasan yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat dan panik.

1) *Mild anxiety* (kecemasan ringan)

Kecemasan yang muncul karena peristiwa sehari-hari selama hidup. Pada tingkat ini akan timbul perasaan waspada disertai dengan meningkatnya pandangan perseptual. Tingkatan ini memotivasi diri untuk belajar dan menjadikan seseorang lebih dewasa serta kreatif. Manifestasi yang muncul berupa kelelahan, iritabel, motivasi meningkat, dan tingkah laku sesuai situasi.

2) *Moderate anxiety* (kecemasan sedang)

Pada tingkatan ini, seseorang berfokus terhadap sumber dari kecemasan tetapi masih dapat melakukan hal lain yang diinginkannya. Manifestasi yang terjadi yaitu kelelahan meningkat, denyut jantung dan pernafasan meningkat, ketegangan otot meningkat, kemampuan konsentrasi menurun, mudah tersinggung, tidak sabar, marah dan menangis.

3) *Severe anxiety* (kecemasan berat)

Seseorang berfokus pada sumber kecemasan yang dihadapi dan tidak lagi memikirkan mengenai hal lain. Semua perilaku yang muncul bertujuan untuk mengurangi kecemasan. Manifestasi yang muncul adalah mengeluh pusing, mual, tidak dapat tidur (*insomnia*), diare, sering kencing, tidak dapat belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri, muncul keinginan yang tinggi untuk menghilangkan

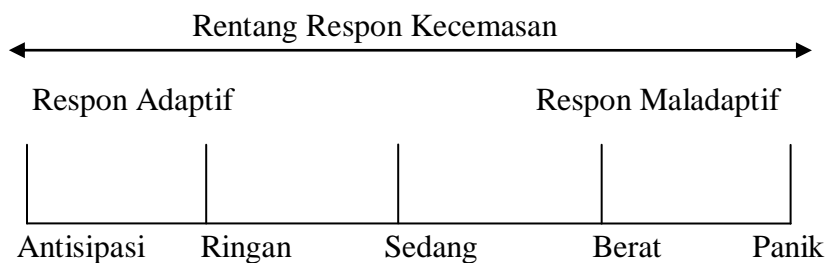
kecemasan, perasaan tidak berdaya, pusing dan disorientasi.

4) Panik

Tingkatan ini ditandai dengan perasaan takut dan ancaman yang luar biasa karena mengalami hilang kendali akan dirinya. Orang yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun telah diberi pengarahan. Manifestasi yang muncul berupa sulit bernafas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, diaphoresis, pembicaraan inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, mengalami halusinasi dan delusi.

d. Rentang respon kecemasan

Rentang respon dari kecemasan terdiri dari respon adaptif dan maladaptif. Respon adaptif adalah respon koping yang bersifat membangun (konstruktif) dalam menghadapi kecemasan berupa antisipasi. Sedangkan respon maladaptif merupakan respon koping yang bersifat merusak (destruktif) dan disfungsional seperti menghindari kontak dengan orang lain atau mengurung diri, dan tidak mau mengurus diri (Suliswati, 2005).



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan (Stuart, 2007)

e. Respon Kecemasan

Terdapat dua macam respon yang dirasakan seseorang ketika mengalami kecemasan yaitu respon fisiologis dan respon psikologis (Hawari, 2011).

1) Respon fisiologis terhadap kecemasan

- a) Kardiovaskuler, meliputi jantung berdebar, denyut nadi meningkat, peningkatan tekanan darah, palpitasi, dan syok.
- b) Respirasi, meliputi rasa tertekan pada bagian dada, nafas cepat dan dangkal, dan rasa tercekik.
- c) Kulit, meliputi keringat seluruh tubuh, muka pucat, perasaan panas atau dingin pada kulit, telapak tangan berkeringat, dan rasa terbakar pada muka.
- d) Gastrointestinal, meliputi rasa tidak nyaman pada perut, mual, muntah, diare, rasa terbakar di epigastrium.
- e) Neuromuskuler, meliputi wajah tegang, tremor, reflek meningkat, reaksi kejutan, insomnia, kejang, gerakan lambat.

2) Respon psikologis terhadap kecemasan

- a) Perilaku: gelisah, gugup, tremor, bicara cepat dan tidak terkoordinasi, menghindar, dan menarik diri.
- b) Kognitif: khawatir yang berlebihan, gangguan perhatian, konsentrasi hilang, lapangan persepsi menurun, takut kecelakaan,

takut kematian, dan lain-lain.

- c) Afektif: tegang, tremor, gugup yang luar biasa, gelisah, tidak sabar.

f. Penatalaksanaan kecemasan

1) Penatalaksanaan farmakologis

Pengobatan anti kecemasan yaitu benzodiazepine biasa digunakan dalam jangka pendek dan dapat menyebabkan ketergantungan apabila digunakan dalam jangka waktu yang lama. Selain itu, terdapat buspiron (buspar) dan berbagai macam anti depresan yang dapat digunakan (Isaac, 2005).

2) Penatalaksanaan non farmakologis

Penanganan kecemasan dikelompokkan berdasarkan gangguan ansietas yang dialami. Untuk kecemasan berat - panik dilakukan pembinaan saling percaya, meningkatkan kesadaran diri (*self awareness*) perawat, melindungi dan mengawasi klien dari hal-hal yang mengancam diri, memodifikasi lingkungan dan menganjurkan klien melakukan aktifitas yang disenangi. Untuk kecemasan berat - panik biasanya digolongkan pada penyakit kecemasan yang termasuk bagian dari gangguan kejiwaan. Penanganan kecemasan ringan - sedang dapat berupa pemberian edukasi, membantu klien mengungkapkan perasaannya, memahami secara mendalam

kecemasan klien, membentuk koping adaptif dan mengajarkan teknik relaksasi (Stuart, 2007).

Edukasi atau pemberian informasi atau pendidikan kesehatan merupakan aspek penting untuk meningkatkan respon adaptif klien terhadap kecemasan. Pemberian informasi ditunjukkan untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyebab kecemasannya, sumber koping dan respon adaptif serta maladaptif (Stuart, 2007).

Selain itu, ada pula distraksi yaitu cara mengalihkan perhatian dari hal-hal yang menyebabkan kecemasan sehingga membuat lupa terhadap cemas yang dialami. Terjadinya pelepasan endorfin yang akibat dari stimuli sensori yang menyenangkan sehingga menimbulkan sedikit stimuli cemas yang dikirimkan ke otak (Potter & Perry, 2009).

g. Alat ukur kecemasan

Pengukuran derajat kecemasan dilakukan untuk membantu dalam pemberian intervensi yang akan dilakukan. Adapun alat ukur kecemasan terdapat dalam beberapa versi, diantaranya:

1) *Hamilton Anxiety Rating Scale (HRS-A)*

Alat ukur kecemasan yang dibuat oleh Hamilton pada tahun 1959, yang terdiri dari 14 pertanyaan tentang suasana hati, ketegangan, ketakutan, insomnia, konsentrasi, depresi, tonus otot, sensorik somatik, gejala kardiovaskuler, gejala sistem respirasi, gejala sistem gastrointestinal, gejala sistem genitourinaria, gejala otonom dan perilaku. Setiap

pertanyaan tersebut diberikan skor antara 0-4, dengan penilaian: nilai 0 = tidak ada keluhan, nilai 1 = gejala ringan, nilai 2 = gejala sedang, nilai 3 = gejala berat, dan nilai 4 = gejala berat sekali/panik. Masing-masing skor tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu: total skor 14-20 = kecemasan ringan, total skor 21-27 = kecemasan sedang, total skor 28-41 = kecemasan berat, dan total skor 42-56 = kecemasan berat sekali. HRS-A telah valid berdasarkan uji validitas oleh Bjelland (2002) dengan koefisien α *cronbach* 0,83 (Hawari, 2011).

2) *Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Metode pengukuran kecemasan oleh Wiliam W. K Zung, yang dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Terdapat 20 pertanyaan, dengan 15 item tentang peningkatan kecemasan dan 5 item tentang penurunan kecemasan. Tiap item diberikan skor 1-4, dengan penilaian: nilai 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sebagian waktu, 4= hampir setiap waktu. Rentang penilaiannya adalah 20-80, dengan pengelompokkan sebagai berikut: skor 20-44: kecemasan ringan, skor 45-59: kecemasan sedang, skor 60-74: kecemasan berat, skor 75-80: panik. ZSAS telah valid dengan hasil uji validitas menunjukkan nilai koefisien α *cronbach* 0,80 (McDowell, 2006).

3) *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*

Alat ukur kecemasan yang dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith pada tahun 1983 yang terdiri dari 36 pertanyaan tentang kecemasan. Setiap pertanyaan diberi nilai 0-3, dengan rentang skor 0-21 untuk ansietas dan depresi. Penilaian untuk jumlah skor adalah skor 0-7 adalah normal, 8-10 adalah *borderline* dan 11-21 menunjukkan gangguan klinis emosional. HADS telah valid dengan koefisien α cronbach 0.884 (0.829 untuk cemas dan 0.840 untuk depresi) (Michopoulos et al, 2008).

2. Usia

Istilah usia diartikan dengan lamanya keberadaan seseorang diukur dalam satuan waktu di pandang dari segi kronologik, individu normal yang memperlihatkan derajat perkembangan anatomis dan fisiologik sama. Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Nuswantari, 2008).

Hoetomo (2005) menjelaskan bahwa seseorang yang memiliki umur lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan akibat kecemasan daripada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Hoetomo, 2005).

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan-penyelidikan epidemiologi. Angka-angka kesakitan maupun kematian di dalam hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Untuk

keperluan perbandingan maka WHO menganjurkan pembagian-pembagian umur sebagai berikut (Notoatmojo, 2007):

- a. Menurut tingkat kedewasaan, yaitu :
 - 1) 0 – 14 tahun : bayi dan anak-anak
 - 2) 15 – 49 tahun : orang muda dan dewasa
 - 3) 50 tahun ke atas : orang tua
- b. Interval 5 tahun :
 - 1) Kurang dari 1 tahun
 - 2) 1 – 4 tahun
 - 3) 5 – 9 tahun
 - 4) 10 – 14 tahun dan sebagainya
- c. Untuk mempelajari penyakit anak :
 - 1) 0 – 4 bulan
 - 2) 5 – 10 bulan
 - 3) 11 – 23 bulan
 - 4) 2 – 4 tahun
 - 5) 5 – 9 tahun
 - 6) 9 – 14 tahun

3. Status Ekonomi

Kelas sosial menurut Notoatmojo (2007) adalah variabel yang sering dilihat hubungannya dengan angka kesakitan atau kematian, variabel ini menggambarkan tingkat kehidupan seseorang. Kelas sosial ditentukan oleh unsur-unsur, seperti pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan banyak contoh ditentukan pula tempat tinggal.

Menurut Santrock (2009), status sosial ekonomi merujuk pada

kategorisasi seseorang, menurut karakteristik ekonomi, pendidikan, dan pekerjaan mereka. Tingkat sosial dan ekonomi seseorang ternyata merupakan variabel signifikan yang mempengaruhi status kesehatan dan menentukan perilaku kesehatan.

Menurut Morra 1991 (Santrock, 2009) orang yang kurang beruntung, yaitu orang yang berpenghasilan kecil, dan atau tidak memperoleh tunjangan sosial, berasal dari berbagai kelompok etnik, termasuk jutaan orang kulit putih yang miskin. Status sosio-ekonomi berhubungan dengan variabel tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, yang semuanya itu agaknya berpengaruh pada keyakinan kesehatan, praktik kesehatan dan kesiapan belajar.

4. Status Pendidikan

a. Pengertian

Pendidikan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta melalui kegiatan bimbingan, pengajaran, dan atau latihan bagi peranannya di masa mendatang. Pendidikan diselenggarakan dengan rencana yang matang, sistemik, menyeluruh, berjenjang berdasarkan pemikiran yang rasional objektif disertai kaidah untuk kepentingan masyarakat dalam arti yang seluas-luasnya (Wahyudin, 2006).

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat

sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan diartikan sebagai usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat (Sugiyono, 2008).

Pendidikan adalah pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan (Mubarak, 2007).

b. Unsur-unsur pendidikan

Notoatmodjo (2007) menyebutkan unsur-unsur pendidikan diantaranya adalah :

- 1) Input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat) dan pendidik (pelaku pendidikan).

- 2) Proses adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain.
- 3) Output adalah melakukan apa yang diharapkan atau perilaku.

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan tahap pendidikan berkelanjutan yang didasarkan pada tingkat perkembangan peserta didik dan keluasan bahan pengajaran (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan terbagi atas beberapa tingkatan, sebagai berikut :

1) Pendidikan Dasar

Pendidikan dasar bertujuan untuk memberikan bekal kemampuan dasar kepada peserta didik untuk mengembangkan kehidupannya sebagai pribadi, anggota masyarakat, warga negara dan anggota manusia serta mempersiapkan peserta didik untuk mengikuti pendidikan menengah. Pendidikan dasar merupakan jenjang pendidikan awal selama sembilan tahun pertama masa sekolah anak-anak yang melandasi jenjang pendidikan menengah yaitu Sekolah Dasar atau SD dan Sekolah Menengah Pertama atau SMP.

2) Pendidikan Tinggi

Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup Sekolah Menengah Atas atau SMA, Sekolah Menengah Kejuruan atau SMK, program pendidikan

diploma, sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.

Tingkat pendidikan berhubungan dengan tingkat pengetahuan, dikarenakan semakin tinggi tingkat pendidikan itu maka tingkat pengetahuannya juga baik. Selain itu, semakin tinggi jenjang pendidikan seseorang yang akan mempengaruhi tingkat penguasaan terhadap materi yang harus dikuasai sesuai dengan tujuan dan sasaran (Wahyudin, 2006).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan adalah sebagai berikut (Nasution, 2008):

1) Golongan sosial

Korelasi antara pendidikan dan golongan sosial terjadi sebab golongan sosial rendah kebanyakan tidak melanjutkan pelajarannya sampai perguruan tinggi. Dan sebaliknya, orang yang termasuk golongan sosial atas berpartisipasi agar anaknya menyelesaikan pendidikan tinggi.

2) Ekonomi

Jumlah pendapatan orang tua mempengaruhi pendidikan anaknya. Orang tua dengan golongan ekonomi atas mengharapkan anaknya kelak memasuki perguruan tinggi. Orang tua dengan tingkat

ekonomi rendah tidak mengharapkan pendidikan yang demikian tinggi dikarenakan tidak mempunyai biaya.

3) Lingkungan

Orang-orang yang bergolongan sosial sama biasanya tinggal dalam lingkungan atau daerah tertentu. Hal tersebut menyebabkan lingkungan belajar yang berbeda antara anak yang tinggal di daerah lingkungan belajar yang berbeda antara anak yang tinggal di daerah golongan sosial atas dengan anak yang tinggal di daerah golongan sosial bawah.

5. Tipe Kepribadian

a. Definisi Tipe Kepribadian

Kepribadian merupakan pola khas seseorang dalam berpikir, merasakan dan berperilaku yang relatif stabil dan dapat diperkirakan (Dorland, 2006). Kepribadian juga merupakan jumlah total kecenderungan bawaan atau herediter dengan berbagai pengaruh dari lingkungan serta pendidikan, yang membentuk kondisi kejiwaan seseorang dan mempengaruhi sikapnya terhadap kehidupan (Weller, 2005). Berdasarkan pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa kepribadian meliputi segala corak perilaku dan sifat yang khas dan dapat diperkirakan pada diri seseorang, yang digunakan untuk bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap rangsangan, sehingga corak tingkah lakunya

itu merupakan satu kesatuan fungsional yang khas bagi individu itu.

b. Jenis-jenis Tipe Kepribadian

Alwisol (2012) menyebutkan 4 tipe kepribadian manusia yaitu:

1) Tipe kepribadian *Sanguinis*

Tipe ini paling baik dalam hal berurusan dengan orang lain secara antusias; menyatakan pemikiran dengan penuh gairah; memperlihatkan perhatian. Kelemahan tipe ini adalah berbicara terlalu banyak; mementingkan diri sendiri; sulit berkonsentrasi; kurang disiplin.

2) Tipe kepribadian *Melankolis*

Tipe ini paling baik dalam hal mengurus perincian dan pemikiran secara mendalam, memelihara catatan, bagan dan grafik; menganalisis masyarakat yang terlalu sulit bagi orang lain. Kelemahan tipe ini adalah mudah tertekan; menunda – nunda suatu pekerjaan; mempunyai citra diri yang rendah; mengajukan tuntutan yang tidak realistis pada orang lain.

3) Tipe kepribadian *Koleris*

Tipe ini paling baik dalam hal pekerjaan yang memerlukan keputusan cepat; persoalan yang memerlukan tindakan dan pencapaian seketika; bidang-bidang yang menuntut kontrol dan wewenang yang kuat. Kelemahan tipe ini adalah tidak tahu bagaimana cara menangani orang

lain; sulit mengakui kesalahan; sulit bersikap sabar; terlalu pekerja keras.

4) Tipe kepribadian *Phlegmatis*

Tipe ini paling baik dalam posisi penengahan dan persatuan; badai yang perlu diredakan; rutinitas yang terus membosankan bagi orang lain. Kelemahan tipe ini adalah kurang antusias; malas; tidak berpendirian; sering mengalami perasaan sangat khawatir, sedih dan gelisah.

6. Konsep Diri

a. Pengertian konsep diri

Konsep diri menurut Potter & Perry (2009) adalah konseptualisasi individu terhadap dirinya sendiri. Ini merupakan perasaan subjektif individu dan kombinasi yang kompleks dari pemikiran yang disadari atau tidak disadari, sikap, dan persepsi. Konsep diri secara langsung mempengaruhi harga diri dan perasaan seseorang tentang dirinya sendiri.

Konsep diri menurut Tarwoto & Wartonah (2010) adalah semua perasaan, kepercayaan, dan nilai yang diketahui tentang dirinya dan memengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Konsep diri berkembang secara bertahap saat bayi mulai mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain.

Konsep diri (*self-concept*) menurut Hidayat & Uliyah (2014)

merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikososial yang tidak didapat sejak lahir, akan tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya. Konsep diri ini berkembang secara bertahap sesuai dengan tahap perkembangan psikososial seseorang. Secara umum, konsep diri adalah semua tanda, keyakinan dan pendirian yang merupakan suatu pengetahuan individu tentang dirinya yang dapat mempengaruhi hubungannya dengan orang lain, termasuk karakter, kemampuan nilai, ide dan tujuan individu.

b. Komponen konsep diri

Menurut Hidayat & Uliyah (2014) terdapat beberapa komponen konsep diri, yaitu :

1) Gambaran (citra) diri

Gambaran atau citra diri (*body image*) mencakup sikap individu terhadap tubuhnya sendiri, termasuk penampilan fisik, struktur dan fungsinya. Perasaan mengenai citra diri meliputi hal-hal yang terkait dengan seksualitas, feminitas dan maskulinitas, keremajaan, kesejahteraan, serta kekuatan. Citra mental tersebut tidak selalu konsisten dengan struktur atau penampilan fisik yang sesungguhnya. Beberapa kalainan citra diri memiliki akar psikologi yang dalam, misalnya kelainan pola makan seperti anoreksia.

Citra diri dipengaruhi oleh pertumbuhan kognitif dan

perkembangan fisik. Perubahan perkembangan yang normal seperti pubertas dan penuaan terlihat lebih jelas terhadap citra diri dibandingkan dengan aspek-aspek konsep diri lainnya.

Selain itu, citra diri juga dipengaruhi oleh nilai sosial budaya. Budaya dan masyarakat menentukan norma-norma yang diterima luas mengenai citra diri dan dapat mempengaruhi sikap seseorang, misalnya berat tubuh yang ideal, warna kulit, tindik tubuh serta tato, dan sebagainya.

2) Ideal diri

Suatu persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar, tujuan, aspirasi, atau nilai pribadinya. Perkembangan ideal diri ini dapat terjadi adanya kecenderungan individu dalam menetapkan ideal diri pada batas kemampuannya, adanya pengaruh budaya, serta ambisi dan keinginan yang melebihi dari suatu kenyataan yang ada.

3) Harga diri

Harga diri (*self-esteem*) adalah penilaian individu tentang dirinya menganalisis kesesuaian antara perilaku dan ideal diri yang lain. Harga diri dapat diperoleh melalui penghargaan dari diri sendiri ataupun dari orang lain. Perkembangan harga diri juga ditentukan oleh perasaan diterima, divintai, dihormati oleh orang lain, serta keberhasilan yang

pernah dicapai individu dalam hidupnya.

4) Peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan oleh masyarakat yang sesuai dengan fungsi yang ada dalam masyarakat atau suatu pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya dimasyarakat, misalnya sebagai orang tua, atasan, teman dekat, dan sebagainya. Setiap peran berhubungan dengan pemenuhan harapan-harapan tertentu. Apabila harapan tersebut dapat terpenuhi, rasa percaya diri seseorang akan meningkat. Sebaliknya, kegagalan untuk memenuhi harapan atas peran dapat menyebabkan penurunan harga diri atau terganggunya konsep diri seseorang.

5) Identitas diri

Identitas diri adalah penilaian individu tentang dirinya sebagai suatu kesatuan yang utuh. Identitas mencakup konsistensi seseorang sepanjang waktu dan dalam berbagai keadaan serta menyiratkan perbedaan atau keunikan dibandingkan dengan orang lain. Identitas sering kali didapat melalui pengamatan sendiri dan dari apa yang didengar seseorang dari orang lain mengenai dirinya.

Pembentukan identitas sangat diperlukan demi hubungan yang intim karena identitas seseorang dinyatakan dalam hubungannya

dengan orang lain. Seksualitas merupakan bagian dari identitas. Identitas seksual merupakan konseptualitas seseorang atas dirinya sebagai pria atau wanita dan mencakup orientasi seksual.

c. Tahap perkembangan konsep diri

Menurut Hidayat & Uliyah (2012), perkembangan konsep diri menurut teori psikososial, antara lain :

- 1) Usia 0 – 1,5 tahun, terjadi konflik antara kepercayaan dan ketidakpercayaan yang mendasar, individu akan tergantung pada individu lain dalam memenuhi kebutuhannya. Individu dapat memenuhi kebutuhannya dapat membentuk kepercayaan dan apabila tidak terpenuhi dapat menimbulkan ketidakpercayaan pada lingkungan.
- 2) Usia 1,5 – 3 tahun, terjadi konflik otonomi, malu dan ragu. Pada usia ini sudah mulai menyadari keberadaan dirinya sebagai individu yang terpisah dengan orang lain, menyadari bahwa ia dapat mengendalikan organ-organ tubuhnya.
- 3) Usia 3 – 6 tahun, terjadi konflik antara inisiatif dan rasa bersalah, dengan berkembangnya rasa inisiatif yang ditunjukkan selalu bertanya, meniru aktifitas orang lain dan mencoba melakukan aktifitas sendiri, anak akan menghadapi tuntutan dari lingkungan untuk berperilaku sesuai dengan batas tertentu yang dapat menimbulkan rasa

kekecewaan pada diri anak.

- 4) Usia 6 – 12 tahun, terjadi konflik antara industri dan inferiority. Pada usia ini anak akan terdorong untuk menyelesaikan tugas-tugas yang dihadapinya dalam menghasilkan karya, anak sudah mulai beradaptasi dengan kehidupan diluar rumah, anak sudah mulai sekolah dan tentu dapat menyesuaikan dengan teman sebaya, peran guru dan teman sudah mulai memberikan perubahan anak, dimana orang tua tidak lagi dominan, anak akan mencoba belajar berhubungan dengan lingkungan luar, mengagumi, mendapat penghargaan sehingga anak dapat dihargai dan menghargai terhadap lingkungan yang ada.
- 5) Usia 12 – 20 tahun, terjadi konflik antara identitas dan kebingungan peran. Terjadi masa peralihan antara anak-anak ke usia dewasa, masa ini biasanya dikenal dengan nama masa pubertas, anak sudah mulai menunjukkan identitas dirinya yang sudah melekat dalam kelompok sebaya.
- 6) Usia 20 – 40 tahun, terjadi konflik antara intimasi dan isolasi, merupakan tahap perkembangan dewasa awal, individu sudah mulai membentuk hubungan dengan lawan jenis pada masa ini juga merupakan masa berkarir dan berumah tangga dan apabila terjadi kegagalan akan mengakibatkan individu merasa terisolasi dan menarik diri.

- 7) Usia 40 – 60 tahun, terjadi konflik antara *generativity* dan stagnasi, merupakan masa puncak karir yang dapat menghasilkan suatu karya yang dapat diwariskan pada anaknya atau keturunannya.
- 8) Usia diatas 65 tahun, terjadi konflik integritas dan putus asa, masa ini individu akan mengalami kepuasan dan ketidakpuasan, apabila individu sebelumnya mengalami kepuasan maka akan mencapai integritas dirinya akan tetapi sebelumnya tidak mencapai kepuasan dalam hidupnya maka akan mengalami keputusasaan dalam hidupnya.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi konsep diri

Menurut Tarwoto & Wartonah (2010), ada beberapa faktor yang mempengaruhi konsep diri, yaitu :

1) Tingkat perkembangan dan kematangan

Perkembangan anak seperti dukungan mental, perlakuan, dan pertumbuhan anak akan mempengaruhi konsep dirinya.

2) Budaya

Pada usia anak-anak nilai-nilai akan diadopsi dari orang tuanya, kelompoknya, dan lingkungannya. Orang tua yang bekerja seharian akan membawa anak lebih dekat pada lingkungannya.

3) Sumber eksternal dan internal

Kekuatan dan perkembangan pada individu sangat berpengaruh terhadap konsep diri. Pada sumber internal misalnya, orang yang

humoris koping individunya lebih efektif. Sumber eksternal misalnya adanya dukungan dari masyarakat dan ekonomi yang kuat.

4) Pengalaman sukses dan gagal

Ada kecenderungan bahwa riwayat sukses akan meningkatkan konsep diri demikian pula sebaliknya.

5) Stresor

Stresor dalam kehidupan misalnya perkawinan, pekerjaan baru, ujian, dan ketakutan. Jika koping individu tidak adekuat maka akan menimbulkan depresi, menarik diri, dan kecemasan.

6) Usia, keadaan sakit, dan trauma

Usia tua dan keadaan sakit akan memengaruhi persepsi dirinya.

7) Tingkat pendidikan

e. Kriteria kepribadian yang sehat

Menurut Tarwoto & Wartonah (2010), ada beberapa kriteria kepribadian yang sehat :

1) Citra tubuh positif dan akurat

Kesadaran akan diri berdasar atas observasi mandiri dan perhatian yang sesuai akan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan masa lalu.

2) Ideal dan realitas

Individu mempunyai ideal diri yang realitas dan mempunyai tujuan

hidup yang dapat dicapai.

3) Konsep diri yang positif

Konsep diri yang positif menunjukkan bahwa individu akan sesuai dalam hidupnya.

4) Harga diri tinggi

Seseorang yang mempunyai harga diri tinggi akan memandang dirinya sebagai seseorang yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sama dengan apa yang ia inginkan.

5) Kepuasan penampilan peran

Individu yang mempunyai kepribadian sehat akan dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan. Ia dapat mempercayai dan terbuka pada orang lain serta membina hubungan interdependen.

6) Identitas jelas

Individu merasakan keunikan dirinya yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

f. Karakteristik konsep diri rendah

Menurut Carpenito (1995) dalam Tarwoto & Wartonah (2010) terdapat beberapa karakteristik konsep diri rendah, yaitu :

- 1) Menghindari sentuhan atau melihat bagian tubuh tertentu.
- 2) Tidak mau berkaca.

- 3) Menghindari diskusi tentang topik dirinya.
- 4) Menolak usaha rehabilitasi.
- 5) Melakukan usaha sendiri dengan tidak tepat.
- 6) Mengingkari perubahan pada dirinya.
- 7) Peningkatan ketergantungan pada yang lain.
- 8) Tanda dari keresahan seperti marah, keputusasaan, dan menangis.
- 9) Menolak berpartisipasi dalam perawatan dirinya.
- 10) Tingkah laku yang merusak seperti penggunaan obat-obatan dan alkohol.
- 11) Menghindari kontak sosial.
- 12) Kurang bertanggung jawab.

Menurut Tarwoto & Wartolah (2010), Terdapat faktor resiko gangguan konsep diri sebagai berikut:

- 1) Gangguan identitas diri
 - a) Perubahan perkembangan.
 - b) Trauma.
 - c) Jenis kelamin yang tidak sesuai.
 - d) Budaya yang tidak sesuai.
- 2) Gangguan citra tubuh (*body image*)
 - a) Hilangnya bagian tubuh.
 - b) Perubahan perkembangan.

- c) Kecacatan.
- 3) Gangguan harga diri
 - a) Hubungan interpersonal yang tidak harmonis.
 - b) Kegagalan perkembangan.
 - c) Kegagalan mencapai tujuan hidup.
 - d) Kegagalan dalam mengikuti aturan normal.

7. Support Informasi

a. Pengertian *Support* Informasi

Informational Support merupakan salah satu dari 4 bentuk – bentuk *social Support* (Wills & Fegan (dalam Sarafino, 2006). Gottlieb (dalam Namora, 2009) menyatakan *social Support* adalah informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan nyata, atau tingkah laku diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dalam hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Wills & Fegan (dalam Sarafino, 2006) mengemukakan 4 bentuk-bentuk *social Support*, yaitu:

1) Emotional or esteem Support

Jenis dukungan ini melibatkan rasa empati, peduli terhadap seseorang sehingga memberikan perasaan nyaman, perhatian, dan penerimaan secara positif, dan memberikan semangat kepada orang yang dihadapi.

2) *Tangible or instrumental Support*

Dukungan jenis ini meliputi bantuan yang diberikan secara langsung atau nyata, sebagaimana orang yang memberikan atau meminjamkan uang atau langsung menolong teman sekerjanya yang sedang mengalami stress

3) *Informational Support*

Jenis dukungan ini adalah dengan memberikan nasehat, arahan, sugesti atau *feedback* mengenai bagaimana orang melakukan sesuatu. Dukungan ini dapat dilakukan dengan memberi informasi yang dibutuhkan oleh seseorang. Adanya informasi akan membantu individu memahami situasi yang stressful lebih baik dan dapat menetapkan sumber dan strategi coping yang harus dilakukan untuk mengatasinya.

4) *Companionship Support*

Dukungan jenis ini merupakan kesediaan untuk meluangkan waktu dengan orang lain dengan memberikan perasaan keanggotaan dalam suatu kelompok orang yang tertarik untuk saling berbagi dan kegiatan sosial.

b. Konsep *Informational Support*

Informational Support atau dukungan informasi adalah jenis dukungan yang mencakup pemberian nasehat, petunjuk, saran-saran,

ataupun umpan balik tentang apa yang telah dikerjakan. Melalui interaksi dengan orang lain, individu akan dapat mengevaluasi dan mempertegas keyakinannya dengan membandingkan pendapat, sikap, keyakinan, dan perilaku orang lain. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi. Informasi tersebut diperlukan untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara praktis. Wills & Fegan (dalam Sarafino, 2006)

Informasi yang diberikan tentang pengetahuan dasar mengenai penyakit, kondisi kesehatan, risiko kambuh maupun perilaku pencegahan yang dianjurkan. Informasi yang diberikan akan menambah pengetahuan seseorang terhadap penyakitnya dan persepsi yang muncul akibat pemberian informasi dapat memunculkan sebuah sikap. (Notoadmojo, 2007). Sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Sikap tidak mungkin terbentuk sebelum mendapat informasi, melihat atau mengalami sendiri suatu objek. (Gerungan, 2009). Sikap positif maupun negatif yang muncul tergantung dari persepsi orang tersebut.

Informational Support dapat mempengaruhi sikap dan pengetahuan seseorang dalam menjaga kesehatannya. Realisasi dari pengetahuan dan sikap menjadi suatu perbuatan nyata dapat

memunculkan sebuah tindakan (Notoadmojo, 2010), pengetahuan, sikap dan tindakan merupakan 3 ranah perilaku untuk kepentingan pendidikan praktis, Benyamin Bloom (1980) dalam (Notoadmojo, 2010).

8. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumahtangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peranmasing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Friedman, 2010). Keluarga adalah suatu sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran dan norma yang lebih jauh diatur dalam subsistem didalam keluarga, subsistem ini menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga (Harmoko, 2012).

b. Tipe Keluarga

Murwani (2008) mengemukakan keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya, agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Berikut ini disampaikan berbagai tipe keluarga :

1) Tipe keluarga tradisional

- a) Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan anak (kandung atau anak angkat)
- b) Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.
- c) Keluarga *Dyad*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
- d) *Single Parent*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat). Kondisi ini dapat diakibatkan oleh perceraian atau kematian.
- e) *Single Adult*, yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).

2) Tipe keluarga non tradisional

a) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b) *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

c) *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada

hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisai anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

d) *The non marital heterosexual cohabitang family*

Keluarga yang hidup besama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

e) *Gay and lesbian family*

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami-istri (*marital partners*)

f) *Cohibitang couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

g) *Group marriage family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat-alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anaknya.

h) *Group network family*

Keluarga inti yang dibatasi set aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

i) *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

j) *Homesless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental.

k) *Gang*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupan.

c. Fungsi Keluarga

Friedman (2010) fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku kekerasan seperti *affection, security and acceptance, identity and satisfaction, affiliation and companionship, socialization dan controls*, hal tersebut merupakan medan kontrol yang memberikan dan berkontribusi terhadap derajat sehat atau sakitnya anggota keluarga yang lain terhadap persoalan fisik, psikis, sosial atau spiritual yang dihadapi,

terlebih ketika dia menghadapi persoalan gangguan kejiwaan yang bersifat patologis (Padila, 2012).

Friedman (2010) mendefinisikan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dan masyarakat yang lebih luas, meliputi :

- 1) Fungsi afektif adalah fungsi mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, peran keluarga dilaksanakan dengan baik dengan penuh kasih sayang.
- 2) Fungsi sosial adalah memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga, keluarga tempat melaksanakan sosialisasi dan interaksi dengan anggotanya.
- 3) Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga, dan menambah sumberdaya manusia.
- 4) Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan mengembangkan untuk meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarganya.
- 5) Fungsi perawatan mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar memiliki produktivitas yang tinggi, fungsi ini

dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

9. Konsep Intensive Care Unit (ICU)

a. Definisi *Intensive care Unit (ICU)*

Intensive care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera, atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan *prognosis dubia* (Depkes RI, 2008).

Konsep *ICU* yang banyak dianut saat ini muncul pertama kali pada tahun 1960an di Amerika Serikat, dipelopori oleh Dr. Peter Safar, seorang anesthesiologis yang membuka *ICU* pertama di Rumah Sakit Baltimore City. Jauh sebelum itu, yakni pada tahun 1942, Mayo *Clinic* mulai membuat suatu ruangan khusus dimana pasien-pasien *pasca* bedah dikumpulkan dan diawasi sampai sadar dan stabil fungsi- fungsi vitalnya serta bebas dari pengaruh sisa obat anestesi. Hal ini didasarkan pada pemikiran Florence Nightingale pada tahun 1860 yang mengusulkan anestetis sampai ke masa *pasca* bedah karena kematian pasien terbanyak saat itu adalah pada saat *pasca* bedah. Saat ini pelayanan di *ICU* tidak terbatas hanya untuk menangani pasien *pasca*-bedah saja tetapi juga meliputi berbagai jenis pasien dewasa, anak, yang mengalami lebih dari satu disfungsi/gagal organ.

ICU sendiri diperuntukkan bagi pasien dengan kondisi medis yang reversibel dan memiliki prospek pemulihan yang baik karena sumber daya yang digunakan di *ICU* mahal (*American College of Critical Care Medicine*, 2009).

b. Pelayanan *ICU*

Pelaksanaan pelayanan kedokteran *intensive care* adalah berbasis rumah sakit, diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis. Tujuan dari pelayanan ini sendiri adalah memberikan pelayanan medik tertitrasasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan.

Adapun pasien sakit kritis meliputi (Depkes RI, 2008):

- 1) Pasien-pasien yang tidak stabil secara fisiologis dan memerlukan dokter, perawat, dan profesi lain yang terkait yang terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat dan terus menerus serta terapi titrasi.
- 2) Pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus-menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyakit yang merugikan.

Pelayanan di *ICU* dilakukan oleh intensivis yang telah terlatih secara formal dan mampu memberikan pelayanan tersebut. Seorang *intensivis* harus terbebas dari tugas-tugas lain yang membebani. Seorang intensivis

harus berpartisipasi dalam suatu sistem yang menjamin kelangsungan pelayanan *ICU* 24 jam. Standar kompetensi seorang intensivis sendiri telah diatur pada keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1203/Menkes/SK/XII/2008, yaitu: (Depkes RI, 2011)

- 1) Terdidik dan bersertifikat sebagai seorang spesialis *intensive care medicine* (konsultan *intensive care*) melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait.
- 2) Menunjang kualitas pelayanan di *ICU* dan menggunakan sumber daya *ICU* secara efisien
- 3) Mendarma baktikan lebih dari 50% waktu profesinya dalam pelayanan *ICU*
- 4) Bersedia berpartisipasi dalam suatu unit yang memberikan pelayanan 24 jam/hari, 7 hari/seminggu.
- 5) Mampu melakukan prosedur *critical care*
- 6) Melaksanakan dua peran utama:
 - a) Pengelolaan pasien, yaitu mampu berperan sebagai pemimpin tim dalam memberikan pelayanan di *ICU*, menggabungkan dan melakukan titrasi layanan pada pasien berpenyakit kompleks atau cedera, termasuk gagal organ multi-sistem. Intensivis memberi pelayanan sendiri atau dapat berkolaborasi dengan dokter pasien sebelumnya. Mampu mengelola pasien dalam kondisi yang biasa

terdapat pada pasien sakit kritis.

- b) Manajemen unit, yaitu berpartisipasi aktif dalam aktivitas manajemen unit yang diperlukan untuk memberi pelayanan-pelayanan *ICU* yang efisien, tepat waktu, dan konsisten pada pasien.
- 7) Mempertahankan pendidikan yang berkelanjutan di *critical care medicine*.
- 8) Ada dan bersedia untuk berpartisipasi pada kegiatan-kegiatan perbaikan kualitas interdisipliner

Dari poin-poin tersebut, dapat disimpulkan bahwa bidang kerja pelayanan di *intensive care* meliputi pengelolaan pasien, administrasi unit, pendidikan, dan penelitian. Kebutuhan dari masing-masing bidang akan bergantung dari tingkat pelayanan tiap unit. Pengelolaan pasien sendiri dilakukan secara primer oleh intensivis dengan pendekatan total pada pasien sakit kritis dan menjadi ketua tim dari berbagai konsultan dan dokter yang ikut merawat pasien. Sistem ini mencegah pengelolaan yang terkotak-kotak dan menghasilkan pendekatan yang terkoordinasi.

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di *ICU* adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian.
- 2) Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus

melakukan tindakan yang segera diperlukan berdaya guna dan berhasil guna untuk kelangsungan hidup.

- 3) Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit
- 4) Memberikan bantuan psikologis pada pasien dan keluarga yang kehidupannya sangat tergantung pada obat dan mesin.

Untuk menjalankan fungsinya, *ICU* harus memiliki standar pelayanan minimal yang disesuaikan dengan kelas rumah sakit. Tingkat pelayanan ini ditentukan oleh jumlah staf, fasilitas pelayanan penunjang, jumlah dan macam pasien yang dirawat. Standar pelayanan minimal tersebut adalah:

- 1) Resusitasi jantung paru
- 2) Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal, dan penggunaan ventilator sederhana
- 3) Terapi oksigen
- 4) Pemantauan EKG, *pulse* oksimetri terus menerus
- 5) Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
- 6) Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
- 7) Pelaksanaan terapi secara tertitrasi
- 8) Kemampuan melaksanakan teknik khusus sesuai dengan kondisi pasien
- 9) Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat- alat portabel selama

transportasi pasien gawat

10) Kemampuan melakukan fisioterapi dada

Di samping standar minimal pelayanan tersebut, terdapat juga pelayanan-pelayanan lain yang lebih tinggi pada *ICU* sehingga dapat dilakukanlah klasifikasi pelayanan *ICU*.

c. Klasifikasi Pelayanan *ICU*

Berdasarkan keputusan menteri kesehatan tahun 2011, *ICU* diklasifikasikan menjadi tiga yaitu pelayanan *ICU* primer, sekunder, dan tersier (Depkes RI, 2011).

1) Pelayanan *ICU* (standar minimal)

Pelayanan *ICU* primer mampu memberikan pengelolaan resusitasi segera untuk pasien sakit gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyulit pada pasien medik dan bedah yang berisiko.

Di *ICU* dilakukan ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskular sederhana selama beberapa jam. Kekhususan yang harus dimiliki:

- a) Ruang tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruangan perawatan lain.
- b) Memiliki kebijaksanaan/kriteria penderita yang masuk, keluar, serta rujukan.

- c) Memiliki seorang dokter spesialis anesthesiologi atau dokter spesialis lain konsultan *intensive care* sebagai kepala.
- d) Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan melakukan resusitasi jantung paru.
- e) Konsulen yang membantu harus selalu dapat dihubungi dan dipanggil setiap saat
- f) Memiliki jumlah perawat yang cukup dan sebagian besar terlatih.
- g) Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, roentgen, kemudahan diagnostik, dan fisioterapi.

2) Pelayanan *ICU* (Pengembangan)

Standar *ICU* umum tinggi, mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dll. *ICU* hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama, melakukan dukungan hidup lain tapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang harus dimiliki:

- a) Ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruangan perawatan lain
- b) Memiliki ketentuan penderita yang masuk, keluar, serta rujukan
- c) Memiliki konsultan yang dapat dihubungi dan datang setiap saat dibutuhkan

- d) Memiliki seorang kepala *ICU*, yaitu seorang dokter yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru.
 - e) Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien: perawat sama dengan 1:1 untuk pasien dengan ventilator dan renal replacement therapy dan 2:1 untuk kasus- kasus lainnya
 - f) Memiliki lebih dari 50% perawat bersertifikat terlatih perawatan intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 tahun di *ICU*
 - g) Mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu melakukan pemantauan invasif dan usaha penunjang hidup
 - h) Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik, dan fisioterapi selama 24 jam
 - i) Memiliki ruangan isolasi atau mampu melakukan prosedur isolasi
- 3) Pelayanan *ICU* (tertinggi)

Pelayanan *ICU* tertinggi merupakan rujukan tertinggi untuk *ICU*, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan hidup multi sistim yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. *ICU* ini melakukan ventilasi mekanis, bantuan renal ekstrakorporal, dan pemantauan kardiovaskular invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien

yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis *intensive care*. Kekhususan yang harus dimiliki:

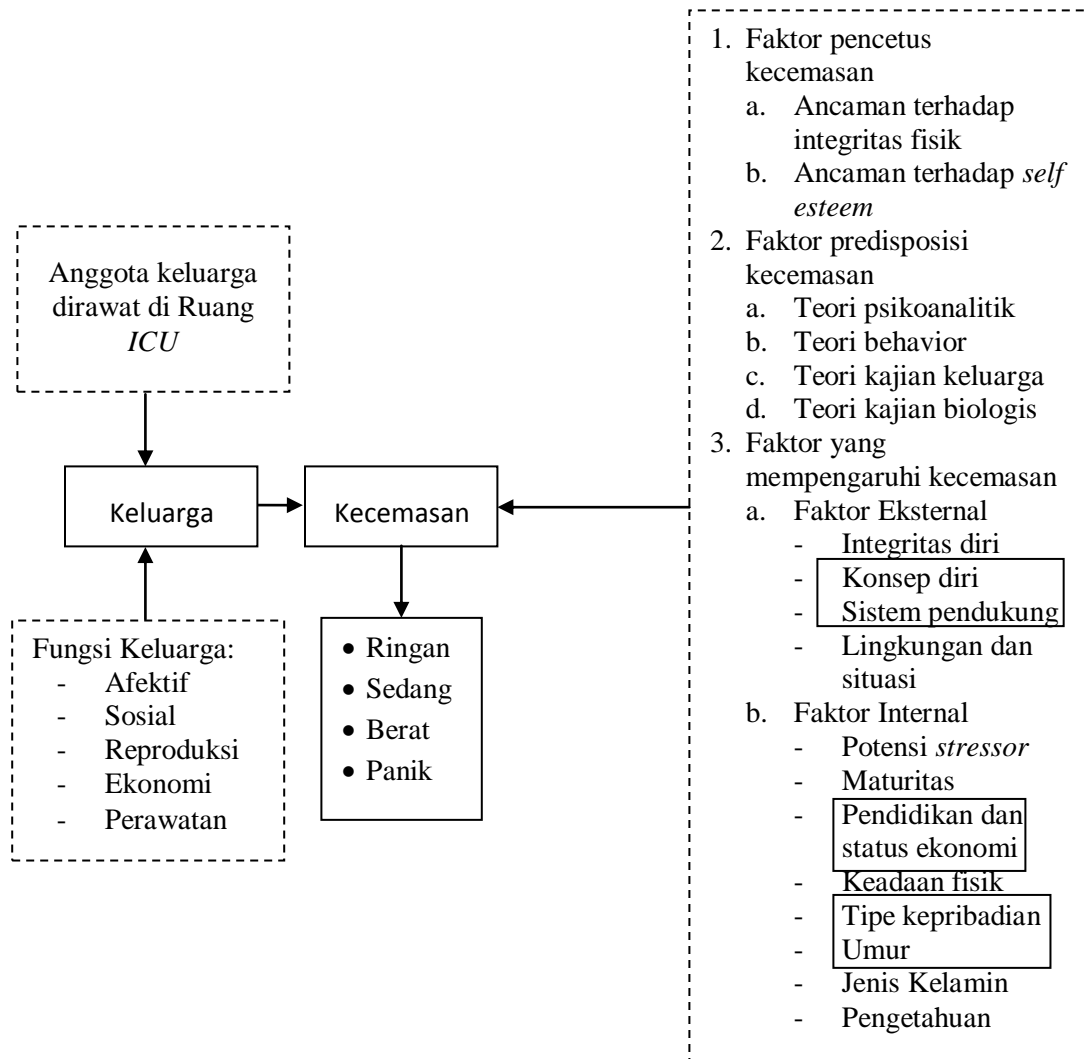
- a) Memiliki ruangan khusus tersendiri di rumah sakit
- b) Memiliki kriteria penderita masuk, keluar, dan rujukan
- c) Memiliki dokter spesialis yang dibutuhkan dan dapat dihubungi serta datang setiap saat diperlukan.
- d) Dikelola oleh seorang spesialis *intensive care* yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (BLS dan ALS)
- e) Mampu menyediakan tenaga perawat dengan perbandingan pasien: perawat sama dengan 1:1 untuk pasien dengan ventilator dan renal replacement therapy dan 2:1 untuk kasus- kasus lainnya
- f) Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikat terlatih perawatan intensif atau minimal berpengalaman kerja 3 tahun di *ICU* sekunder
- g) Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik non-invasif maupun invasif
- h) Mampu melayani pemeriksaan laboratorium, roentgen, kemudahan diagnostik, dan fisioterapi selama 24 jam
- i) Memiliki paling sedikit seorang yang mampu mendidik tenaga medik dan paramedik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien

j)Memiliki prosedur untuk pelaporan resmi dan pengkajian

k) Memiliki staf tambahan yang lain, misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

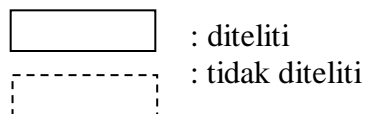
B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori yang telah dijabarkan, maka terbentuk kerangka teori sebagai berikut:

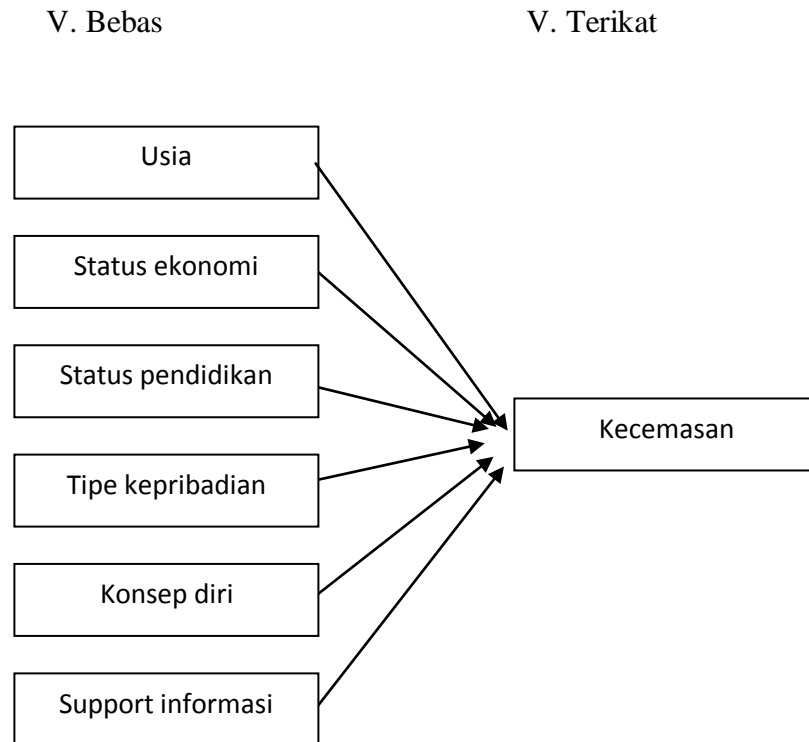


Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian
(Sumber: Stuart (2007), Friedman (2010))

Keterangan:



C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis penelitian

Berdasarkan tinjauan teori dan kerangka teori, maka hipotesis penelitian yang dikemukakan adalah sebagai berikut:

H₁ = Ada pengaruh usia terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.

H₂ = Ada pengaruh status ekonomi terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.

- H₃ = Ada pengaruh status pendidikan terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.
- H₄ = Ada pengaruh tipe kepribadian terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.
- H₅ = Ada pengaruh konsep diri terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.
- H₆ = Ada pengaruh *Support* informasi terhadap kecemasan keluarga pasien *ICU* di RSUD Dr. Moewardi.