

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kecemasan adalah suatu keadaan yang membuat seseorang tidak nyaman, khawatir, gelisah, takut, dan tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik, cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya (Kusumawati, 2010). Rochman (2010) menjelaskan kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis.

Setiap orang dalam kehidupan sehari-hari pasti pernah mengalami kecemasan. Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal alamiah yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari (Fidianty, Noviastruti, 2010). Banyak hal-hal yang terjadi pada kehidupan kita yang dapat menyebabkan kecemasan misalnya masalah ekonomi, keluarga, pekerjaan, kondisi kesehatan, pendidikan dan lain-lain (Taufik, S. 2008).

Seseorang akan memiliki tanggapan yang berbeda-beda terhadap masalah yang dapat menyebabkan kecemasan dan cara mengatasi ketika kecemasan timbul. Sebetulnya kecemasan itu dapat menjadi peringatan untuk

individu supaya dapat mempersiapkan diri terhadap ancaman atau bahaya yang akan terjadi (Ratih, 2010). Bila individu tersebut dapat menanggapi kecemasan tersebut dengan baik maka kecemasan tersebut tidak akan mengganggu kehidupannya. Namun beberapa individu menanggapi kecemasan dengan tidak wajar sehingga dapat memperburuk kondisinya.

Kecemasan yang berkelanjutan menyebabkan efek fisik yang berpotensi merusak tubuh kita. Ketika cemas tubuh kita mulai melakukan perjalanan melalui tiga fase dari stres. Pertama, respon tubuh melawan. Ini adalah respon awal dan segera untuk ancaman yang dirasakan jika tubuh kita mengasumsikan bahaya sudah dekat. Kemudian mengeluarkan energi yang berlebihan dan adrenalin yang memberikan kekuatan untuk melawan bahaya (Videbeck, 2008).

Bagi kebanyakan orang, setelah kekhawatiran awal sudah berlalu, tubuh kembali normal dan bisa beristirahat. Namun, jika pikiran terus mengalami kecemasan, tubuh memasuki fase kedua dari respon stres dimana tubuh terus mensekresi hormon untuk membantu dengan respon berkelanjutan bahwa ada ancaman lagi. Hal ini disebut fase perlawanan dan tubuh bekerja untuk merespon bahaya. Setelah tubuh menyelesaikan dua tahap pertama, tubuh akan memasuki fase kelelahan. Hormon-hormon yang membantu memberikan respon melawan seperti adrenalin dapat merusak tubuh saat disekresikan dalam jumlah besar. Jika tubuh mengalami kondisi tersebut dan mengeluarkan adrenalin yang berlebihan, dapat menyebabkan semakin melemahnya kondisi (Videbeck, 2008).

Gangguan kecemasan atau ansietas merupakan kelompok gangguan psikiatri yang paling sering ditemukan. *National Comorbidity Study* melaporkan bahwa satu dari empat orang memenuhi kriteria untuk sedikitnya satu gangguan kecemasan dan terdapat angka prevalensi 12 bulan sebesar 17,7% (Sadock, 2004). Di Indonesia sendiri telah dilakukan survei untuk mengetahui prevalensi gangguan kecemasan. Dalam survei ini ditemukan bahwa di Indonesia, berdasarkan Data Riskesdas tahun 2007, menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional seperti gangguan kecemasan dan depresi sebesar 11,6% dari usia > 15 tahun.

Ada beberapa jenis gangguan cemas, yaitu gangguan panik dengan atau tanpa agorafobia, agorafobia dengan atau tanpa gangguan panik, fobia spesifik, fobia sosial, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder/PTSD*), dan gangguan kecemasan umum. (Luana NA, Sahala Panggabean, dkk, 2012). Penelitian yang dilakukan Yates (2007) menyimpulkan tingkat prevalensi seumur hidup untuk gangguan *generalized anxiety disorder* (4,1% - 6,6%), *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) (2,3% - 2,6%), *Post Traumatic Stress Disorder(PTSD)* (1% - 9,3%), dan *social phobia* (2,6 - 1,3%), Rasio perempuan dibandingkan laki-laki untuk gangguan kecemasan seumur hidup adalah 3 : 2. Meski belum didapat hasil yang pasti, di Indonesia prevalensi gangguan kecemasan diperkirakan berkisar antara 9%- 12% populasi umum.

Saat ini diperkirakan 20% dari populasi didunia menderita kecemasan dan sebanyak 47,7% remaja sering merasa cemas (Haryadi, 2007). Indonesia

merupakan negara berkembang, dimana setiap tahunnya angka kecemasan semakin meningkat, prevalensi keadaan kecemasan (anxietas) di Indonesia berkisar antara 2%-5% dari populasi umum atau 7%-16% dari semua penderita gangguan jiwa (Pietra, 2001 *cit* Ohorella, 2011).

Survei lainnya juga dilakukan di wilayah DKI Jakarta pada tahun 2006. Hasilnya gangguan psikosomatik di masyarakat perkotaan cukup tinggi. Jumlah penduduk yang mengalami gejala kecemasan adalah 39,8% dan gejala depresi sebanyak 28,4%. Kedua keluhan ini lebih banyak dijumpai pada wanita dibandingkan pria dengan rentang usia 16-40 tahun. Dari suatu penelitian yang dilakukan pada kelompok perempuan di sebuah rumah susun di Klender, Jakarta Timur, diketahui prevalensi ansietas adalah sebesar 9,8% (Luana NA, Sahala Panggabean, dkk, 2012).

Timbulnya sensasi kecemasan hampir dialami oleh semua manusia. Perasaan tersebut ditandai adanya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. Kaplan dan Sadock (2007) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

Banyak hal yang dapat menyebabkan gangguan kecemasan. Salah satunya ketika pasien berada di ruang IGD karena penyakitnya. Pada tahun

2007, data kunjungan pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di seluruh Indonesia mencapai 4.402.205 (13,3% dari total seluruh kunjungan di RSU) dengan jumlah kunjungan 12% dari kunjungan IGD berasal dari rujukan dengan jumlah Rumah Sakit Umum 1.033 Rumah Sakit Umum dari 1.319 Rumah Sakit yang ada. Jumlah yang signifikan ini kemudian memerlukan perhatian yang cukup besar dengan pelayanan pasien gawat darurat (Keputusan Menteri Kesehatan, 2009).

Di ruangan Unit Gawat Darurat dibutuhkan pelayanan yang cepat, tepat dan benar serta memiliki ketrampilan dan pengetahuan yang baik, karena pelayanan di Unit Gawat Darurat ini membutuhkan prioritas dan penilaian klinis pasien. Pelayanan pada pasien gawat darurat tentu lebih diprioritaskan dari pada pasien gawat non darurat. Pasien gawat adalah pasien yang mengancam jiwa seseorang yang perlu dievaluasi dan penanganan segera.

Menurut Musliha (2010) karakteristik pasien yang gawat darurat di prioritas menjadi 4 yaitu **prioritas I** warna merah untuk pasien yang berat sampai sangat berat (contohnya: sumbatan jalan nafas, *tension pneumothorak*, syok hemoragik, luka terpotong pada tangan dan kaki, *combutio* (luka bakar) tingkat II dan III > 25%). **Prioritas II (medium)** warnanya kuning untuk pasien potensial mengancam nyawa (contoh: patah tulang besar, *combutio* (luka bakar) tingkat II dan III < 25 %, trauma thorak/abdomen, laserasi luas, dan trauma bola mata). **Prioritas III (rendah)** warna hijau untuk penderita yang tidak mengancam nyawa dan tidak perlu mendapat penanganan segera (contoh: luka superficial, luka-luka ringan. **Prioritas 0** warna **Hitam**.

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

Kondisi gawat darurat tersebut akan menimbulkan suatu kecemasan yang dialami pasien maupun yang berada di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD). Kecemasan yang dialami pasien biasanya terkait dengan nyeri yang dirasakan maupun berbagai macam prosedur atau tindakan asing yang harus dijalani pasien. Hal ini akan meningkatkan hormon adrenalin. Jika hormon adrenalin disekresi berlebihan maka kecemasan dapat meningkat, denyut jantungnya meningkat. Apabila kecemasan ini tidak dapat di atasi dengan baik oleh individu maka akan memperburuk kondisinya (Astuti, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Instalasi Gawat Darurat pada tanggal 29 Januari 2013. Hasil wawancara dengan 3 pasien dari 5 pasien di IGD Panembahan Senopati Bantul mengatakan cemas karena kondisi penyakit yang dialaminya dan tindakan yang akan dilakukan. Hasil observasi didapatkan bahwa sebanyak 3 pasien yang berada di IGD, mengalami kecemasan yang bervariasi sesuai dengan kegawatannya, yang ditandai dengan jantung berdebar-debar, nafasnya cepat (sesak), gelisah, kakinya dingin, dan tidak mampu menjawab pertanyaan atau perintah dari dokter maupun perawat. Sedangkan 2 pasien lainnya tidak terlihat mengalami kecemasan karena mampu mengikuti perintah dari dokter atau perawat.

Peran perawat saat diperlukan untuk mengurangi kecemasan pasien. Dibutuhkan komunikasi yang terapeutik dan sikap empati. Kita juga bisa

memberikan informasi terkait dengan tindakan yang akan dilakukan supaya pasien tersebut tidak mengalami kecemasan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengambil penelitian tentang gambaran tingkat kecemasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data pasien yang didapat peneliti pada saat berada di Ruang Instalasi Gawat Darurat bahwa pasien mengalami kecemasan yang berbeda-beda sesuai dengan tingkat kegawatannya. Kecemasan yang dialami pasien dapat mengakibatkan peningkatan hormon adrenalin yang ditandai dengan denyut jantung meningkat. Gejala lainnya, pasien akan mengalami kesulitan tidur, gemetar, nafasnya cepat, bahkan dokter dan perawat akan sulit untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan karena pasien tidak kooperatif. Untuk itu perawat juga tidak hanya melakukan asuhan keperawatan tentang kondisi penyakit yang dialami tetapi juga perlu untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien supaya untuk mempermudah dalam melakukan asuhan keperawatan yang baik.

Berdasarkan masalah di atas dapat dirumuskan "Bagaimana gambaran tingkat kecemasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul?"

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui gambaran tingkat kecemasan pasien di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Berguna untuk menambah pengetahuan untuk perawat khususnya di bidang gawat darurat, sehingga dapat membantu penderita yang mengalami kecemasan.

2. Bagi Institusi atau Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat lebih memperhatikan pelayanan pada pasien yang mengalami kecemasan ketika akan dilakukan tindakan, khususnya tentang kecemasan pasien di instalasi gawat darurat.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Berguna untuk menambah referensi khususnya tentang kecemasan.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian terkait tentang tingkat kecemasan sebelumnya sudah pernah dilakukan diantaranya adalah penelitian dari: Fitri Arofiati (2001). Dengan judul penelitian: Tingkat kecemasan individu keluarga pasien ICU/ICCU RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Metode yang digunakan *purposive sampling* dan jumlah sampel yang diteliti sebanyak 36 subyek.

Hasil penelitiannya adalah : Keluarga yang menunggu pasien yang dirawat di ICU/ ICCU PKU Muhammadiyah Yogyakarta, mengalami tingkat kecemasan sedang sebanyak 30,6 %, tingkat kecemasan luar biasa 27,8 %, kecemasan berat 22,2 % dan kecemasan ringan 19,4 %. Perbedaan penelitian kali ini dengan penelitian diatas adalah variabel penelitian, tempat serta waktu penelitian. Penelitian diatas hanya ingin mengetahui tingkat kecemasan individu keluarga pasien ICU/ ICCU PKU Muhammadiyah Yogyakarta saja.

2. Kecemasan pada pasien kanker terminal III (Kolva E, Rosenfeld B, dkk)

Metode: Peserta 194 pasien dengan kanker terminal. Sekitar setengah (n=103) menerima rawat inap di fasilitas perawatan paliatif dan setengah (n=91) menerima rawat jalan di sebuah pusat perawatan tersier kanker.

Hasil penelitiannya: 70% (n = 134) dari peserta penelitian melaporkan tingkat kecemasan dalam kisaran rata-rata, 18,6% dari sampel (n = 36) diperoleh skor HADS-A antara 8 dan 10, menunjukkan adanya gejala kecemasan moderat, dan 12,4% dari peserta (n = 24) melaporkan tinggi tingkat kecemasan (11 atau lebih), menunjukkan gejala kecemasan yang parah. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah variabel penelitian, sampel, instrumen, waktu dan tempat penelitian.