

SKRIPSI
SEPTEMBER 2013

**PROFIL MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA PASIEN RAWAT
INAP RUANG PERAWATAN PENYAKIT DALAM RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**



OLEH:
ANDINI FEBRIYANDA
C11108151

PEMBIMBING:
Dr. dr. SRI RAMADHANY, M.Kes
dr. ILHAMUDDIN AZIS

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK
PADA BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**PANITIA SIDANG UJIAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2013

Skripsi dengan judul “**PROFIL MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA PASIEN RAWAT INAP RUANG PERAWATAN PENYAKIT DALAM RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**” telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar pada :

Hari/Tanggal :

Waktu : 13.00 WITA

Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

Ketua Tim Penguji

Dr. dr. Sri Ramadhany M.Kes

Anggota Tim Penguji

Anggota I

Anggota II

Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc

dr. Ilhamuddin Azis

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU
KEDOKTERAN KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**“PROFIL MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA PASIEN RAWAT
INAP RUANG PERAWATAN PENYAKIT DALAM RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR”**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

MAKASSAR, SEPTEMBER 2013

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. dr. Sri Ramadhany M.Kes

dr. Ilhamuddin Azis

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar dokter Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga penyusunan skripsi ini, sangat sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. dr. Sri Ramadhany, M. Kes dan dr. Ilhamuddin Azis, selaku dosen pembimbing yang banyak memberikan arahan dan petunjuk dalam menyelesaikan penelitian ini;
2. Pihak RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
3. Semua pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang sudi untuk mengisi kuesioner dan memberikan kerjasama sepanjang penelitian dijalankan;
4. Kepala Bagian dan seluruh Staf Pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin;
5. Rekan se Minggu, senior Minggu, serta seluruh rekan-rekan koas di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin;
6. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan dukungan moral dan material; dan
7. Sahabat, rekan, dan kakak-kakak yang telah memberikan masukan, saran, serta bantuan mulai dari awal penentuan judul, pengumpulan data, analisis, hingga terselesaikannya penelitian ini.

Semoga segala bantuan dan bimbingan yang telah diberikan kepada saya mendapat pahala kebaikan di sisi Allah SWT.

Penulis menyadari, penelitian yang disusun ini tidak luput dari ketidaksempurnaan, mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan penelitian sampai pada tahap penyelesaian. Semoga dapat dimaklumi dan akan menjadi bahan introspeksi kami pada penelitian selanjutnya.

Akhirnya semoga yang saya lakukan ini dapat bermanfaat dan mendapat kurnia dari Allah SWT.

Makassar, September 2013

Penulis

Andini Febriyanda, C11108151

Sri Ramadhany, Ilhamuddin Azis

**PROFIL MASALAH KESEHATAN MENTAL PADA PASIEN RAWAT
INAP RUANG PERAWATAN PENYAKIT DALAM RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**

xi + 48 halaman + 3 lampiran

ABSTRAK

Latar Belakang : Gangguan mental yang lazim (*common mental disorder*), termasuk di dalamnya ansietas (cemas), merupakan masalah kesehatan yang sering ditemukan di masyarakat. Seseorang yang sehat secara fisik saja dapat mengalami gangguan secara mental, apalagi seseorang yang sakit secara fisik, seperti pada pasien yang dirawat inap di sebuah rumah sakit. Keadaan fisik dan psikis pasien akan saling mempengaruhi secara berkesinambungan. Apabila gangguan-gangguan tersebut tidak terdeteksi dan tertatalaksana dengan baik, dapat menyebabkan disabilitas yang bahkan dapat lebih berat dibanding dengan pada penyakit fisik kronik bagi penderitanya. Hal ini dapat menimbulkan kerugian yang tidak sedikit, baik bagi penderita sendiri, keluarga dan lingkungannya.

Metode : Penelitian ini menggunakan studi deskriptif dengan rancangan *cross sectional*, untuk meneliti hubungan karakteristik dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSWS, yang dilaksanakan mulai tanggal 12-24 Agustus 2013. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini secara *total sampling*. Data hasil penelitian berupa data primer dan sekunder yang diperoleh dari kuesioner dan rekam medis pasien.

Hasil Penelitian : Dari 45 orang responden, rata-rata mengalami kecemasan dengan tingkat cemas ringan-sedang. Responden pada penelitian ini lebih dari separuhnya berjenis kelamin laki-laki (60%), memiliki penghasilan keluarga rendah (64,4%), dan menderita jenis penyakit gastroenterohepatologi (57,8%). Selain itu, sebagian besar responden berumur antara 26-65 tahun (77,8%) dan berpendidikan rendah dan sedang (48,9%).

Kesimpulan : Terdapat hubungan antara penghasilan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan *p value* 0,036. Namun, tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit dengan tingkat kecemasan.

Kata Kunci : masalah kesehatan mental, tingkat kecemasan, pasien rawat inap

Kepustakaan : 23 (1983 - 2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Latar Belakang.....	1
I.2 Rumusan Masalah	2
I.3 Tujuan Penelitian.....	2
I.3.1 Tujuan Umum	2
I.3.2 Tujuan Khusus.....	2
I.4 Manfaat Penelitian.....	3
I.4.1 Manfaat Bagi Institusi	3
I.4.2 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan	3
I.4.3 Manfaat Bagi Peneliti.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
II.1 Gangguan Kecemasan	6
II.1.1 Definisi	6
II.1.2 Teori	7
II.1.3 Epidemiologi	8
II.1.4 Penyebab dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi	8
II.1.5 Tingkat Cemas.....	11
II.1.6 Klasifikasi.....	12
II.1.7 Tanda dan Gejala.....	14
II.2 Depresi	14
II.2.1 Definisi	14
II.2.2 Teori	15
II.2.3 Epidemiologi	15
II.2.4 Penyebab dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi	16
II.2.5 Tingkat Depresi	18
II.2.6 Klasifikasi.....	18
II.2.7 Tanda dan Gejala.....	19
II.3 Stres.....	20
II.3.1 Definisi	20
II.3.2 Teori	20
II.3.3 Penyebab	21
II.3.4 Tingkat Cemas.....	22
II.3.5 Klasifikasi.....	24
II.3.6 Tanda dan Gejala.....	25

BAB III KERANGKA KONSEP	
III.1 Kerangka Teori.....	27
III.2 Pola Variabel yang Diteliti.....	27
III.3 Definisi Operasional.....	28
BAB IV METODE PENELITIAN	
IV.1 Desain Penelitian.....	31
IV.2 Waktu dan Lokasi Penelitian	31
IV.3 Populasi dan Sampel Penelitian	31
IV.3.1 Populasi Penelitian	31
IV.3.2 Sampel Penelitian.....	31
IV.3.2.1 Kriteria Seleksi.....	32
IV.3.2.2 Teknik Pengambilan Sampel.....	32
IV.4 Manajemen Penelitian.....	32
IV.4.1 Pengumpulan Data	32
IV.4.1.1 Jenis Data	32
IV.4.1.2 Prosedur Pengumpulan Data	33
IV.4.2 Pengolahan Data.....	33
IV.5 Etika Penelitian	34
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
V.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	35
V.2 Analisis Univariat.....	37
V.2.1 Karakteristik Responden Penelitian	37
V.2.2 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Penelitian ..	37
V.3 Analisis Bivariat.....	38
V.3.1 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan	38
V.3.2 Hubungan Antara Umur dengan Tingkat Kecemasan...	39
V.3.3 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kecemasan	41
V.3.4 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan	42
V.3.5 Hubungan Antara Jenis Penyakit dengan Tingkat Kecemasan	43
BAB VI PENUTUP	
VI.1 Kesimpulan	44
VI.2 Saran.....	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2	Prevalensi Gangguan Psikiatri yang Lazim di Komunitas dan Pelayanan Primer.....	5
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden Penelitian (N=45).....	37
Tabel 5.2	Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan	38
Tabel 5.3	Hubungan Antara Umur dengan Tingkat Kecemasan.....	40
Tabel 5.4	Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kecemasan .	41
Tabel 5.5	Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan	42
Tabel 5.6	Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Penyakit	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Teori	27
Gambar 3.2	Kerangka Konsep	28
Gambar 5	Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Penelitian (N=45)....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner
Lampiran 2	Undangan Seminar Proposal
Lampiran 3	Izin Penelitian
Lampiran 4	Persetujuan Izin Penelitian
Lampiran 5	Data Penelitian
Lampiran 6	Undangan Ujian Skripsi
Lampiran 7	Profil penulis

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 Latar Belakang Masalah

Masalah kesehatan mental atau gangguan mental adalah suatu sindroma atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress (misalnya, gejala nyeri) atau disabilitas (yaitu kerusakan pada satu atau lebih area fungsi yang penting) atau disertai peningkatan risiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas, atau sangat kehilangan kebebasan. Gangguan mental menyebabkan penderitanya tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau merusak/menyakiti dirinya sendiri.⁽¹⁾ Gangguan mental sesungguhnya sama dengan gangguan jasmaniah lainnya. Hanya saja gangguan mental bersifat lebih kompleks, mulai dari yang ringan seperti rasa cemas, takut hingga yang tingkat berat berupa sakit jiwa atau kita kenal sebagai gila.⁽²⁾

Gangguan mental yang lazim (*common mental disorder*), termasuk di dalamnya ansietas (cemas), merupakan masalah kesehatan yang sering ditemukan di masyarakat. Gangguan ini bersifat universal, dapat terjadi pada individu di semua daerah, semua negara dan semua kelompok sosial. Gangguan ini juga dapat mengenai laki-laki dan perempuan dari berbagai lapisan umur, dengan berbagai tingkatan sosial ekonomi, baik yang tinggal di perkotaan maupun di pedesaan.⁽³⁾

Seseorang yang sehat secara fisik saja dapat mengalami gangguan secara mental, apalagi seseorang yang sakit secara fisik, seperti pada pasien yang dirawat inap di sebuah rumah sakit. Keadaan fisik dan psikis pasien akan saling mempengaruhi secara berkesinambungan. Beberapa studi mendapatkan bahwa apabila gangguan-gangguan tersebut tidak terdeteksi dan tertatalaksana dengan baik, dapat menyebabkan disabilitas penderitanya, baik secara fisik, psikologis, maupun sosiokupasional. Beberapa kepustakaan bahkan menyebutkan bahwa disabilitas yang terjadi dapat lebih berat jika dibandingkan dengan pada penyakit fisik kronik, seperti hipertensi, diabetes mellitus, arthritis dan nyeri punggung. Hal

ini menimbulkan kerugian yang tidak sedikit, baik bagi penderita sendiri, keluarga dan lingkungannya.⁽³⁾

Dari latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk mengajukan topik penelitian mengenai profil masalah kesehatan mental pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

I.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan, adapun rumusan masalah yang ingin diangkat oleh penulis, yakni : “Bagaimana profil masalah kesehatan mental pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar?”.

I.3 Tujuan Penelitian

I.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh informasi mengenai profil masalah kesehatan mental pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

I.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan karakteristik, berupa umur, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, dan jenis penyakit pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
2. Mendeskripsikan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
3. Mendeskripsikan hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
4. Mendeskripsikan hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

5. Mendeskripsikan hubungan antara pendidikan dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
6. Mendeskripsikan hubungan antara penghasilan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
7. Mendeskripsikan hubungan antara jenis penyakit dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

I.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan mental, khususnya kecemasan serta sebagai informasi yang berharga untuk digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam mengambil kebijaksanaan terapi pengobatan selanjutnya pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan menjadi bahan masukan bagi peneliti selanjutnya.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Bagi peneliti sendiri merupakan pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan keilmuan dan menjadi sarana pengembangan diri melalui penelitian dan juga sebagai salah satu syarat untuk menempuh ujian dokter pada bagian Ilmu Kedokteran Masyarakat dan Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Gangguan mental atau *mental illness* adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri-sendiri. ⁽⁴⁾ Gangguan mental adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*). ⁽⁵⁾

Gangguan mental menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2002) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial. ⁽⁶⁾ Menurut Townsend (1996), *mental illness* adalah respon maladaptif terhadap stressor dari lingkungan dalam/luar ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan kultural serta mengganggu fungsi sosial, kerja, dan fisik individu. ⁽⁷⁾

Konsep gangguan mental dari Pedoman Penggolongan & Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) II yang merujuk ke *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Third Revision* (DSM-III) adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologi seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sedangkan menurut *American Psychiatric Association* dalam Maslim (2001), gangguan mental adalah gejala atau pola dari tingkah laku psikologi yang tampak secara klinis yang terjadi pada seseorang dari berhubungan dengan keadaan distress (gejala yang menyakitkan) atau ketidakmampuan (gangguan pada satu area atau lebih dari fungsi-fungsi penting) yang meningkatkan risiko terhadap kematian, nyeri, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan yang penting dan tidak jarang respon tersebut dapat diterima pada kondisi tertentu. ⁽⁸⁾

Sebuah studi WHO-PPGHC, mendapatkan 24% pasien yang datang ke pelayanan primer menderita gangguan psikiatrik berdasarkan *International Classification of Diseases Tenth Revision* (ICD-10), 9% memiliki gangguan yang

tidak nyata, dan 31% menunjukkan beberapa gejala gangguan jiwa. Penelitian lain oleh Goldberg (1996) dan Ustun & Sartorius (1995) dalam Agiananda (2010) juga menunjukkan hasil serupa: 1/3 pasien yang datang berobat ke pelayanan primer menderita gangguan jiwa, sementara 1/3 lainnya memiliki gejala gangguan jiwa tetapi tidak memenuhi kriteria diagnosis tertentu. ⁽³⁾

Sebuah studi WHO berskala besar di 15 situs di 14 negara mendapatkan data sekitar 24% responden menderita gangguan jiwa. Di antara mereka, 10,5% gangguan kecemasan. Sedangkan *National Comorbidity Study* di Amerika Serikat melaporkan 17,2% responden menderita gangguan kecemasan. ⁽³⁾

Tabel 2. Prevalensi Gangguan Psikiatri yang Lazim di Komunitas dan Pelayanan Primer

Gangguan Psikiatri yang lazim	Pelayanan Primer Internasional (ICD-10)	Komunitas AS (DSM-III-R)	Komunitas Australia (1997)
Gangguan depresi			
Depresi mayor	10,40	2,10	5,10
Distimia	10,30	2,50	1,10
Gangguan ansietas			
Gangguan ansietas menyeluruh	7,90	3,10	3,10
Gangguan panik/ agorafobia	2,60	5,10	2,40
Gangguan somatik			
Somatisasi	2,70	-	-
Neurastenia	5,40	-	-
Hipokondriasis	0,80	-	-
Gangguan penggunaan alkohol	6,00	9,70	6,50
Diagnosis psikologis apa pun	-	29,50	17,70
Dua atau lebih gangguan mental	9,50	14,00	4,80

Sumber : Agiananda F. 2010

Penelitian Goldberg dan Lecrubier (1995) di pelayanan primer mendapatkan prevalensi gangguan kecemasan sebesar 10,5%; di komunitas AS, Kessler dkk (1994) mendapatkan prevalensi sebesar 8,2%; dan di komunitas Australia, sedangkan Andrews dkk (1999) mendapatkan prevalensi sebesar 5,5% (Tabel 2). ⁽³⁾

Di Indonesia, belum ada data epidemiologi mengenai gangguan mental yang lazim ini. Penelitian Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI

pada tahun 1984 di Puskesmas Kecamatan Tambora Jakarta Barat mendapatkan 28,73% pasien yang berobat di Puskesmas tersebut menderita gangguan jiwa.⁽³⁾

Penyebab masalah kesehatan mental itu bermacam-macam, misalnya bersumber dari berhubungan dengan orang lain yang tidak memuaskan, seperti diperlakukan tidak adil, diperlakukan semena-mena, cinta tidak terbatas, kehilangan seseorang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, dan lain-lain. Selain itu ada juga gangguan mental yang disebabkan faktor organik, kelainan saraf dan gangguan pada otak.⁽⁴⁾

Para ahli psikologi berbeda pendapat tentang sebab-sebab terjadinya gangguan mental. Menurut pendapat Sigmund Freud dalam Maslim (2001), gangguan mental terjadi karena tidak dapat dimainkan tuntutan id (dorongan instingtif yang sifatnya seksual) dengan tuntutan super ego (tuntutan normal sosial). Orang ingin berbuat sesuatu yang dapat memberikan kepuasan diri, tetapi perbuatan tersebut akan mendapat celaan masyarakat. Konflik yang tidak terselesaikan antara keinginan diri dan tuntutan masyarakat ini akhirnya akan mengantarkan orang pada gangguan mental.⁽⁸⁾

Di samping hal tersebut di atas, banyak faktor yang mendukung timbulnya gangguan mental yang merupakan perpaduan dari beberapa aspek yang saling mendukung yang meliputi biologis, psikologis, sosial, lingkungan. Tidak seperti pada penyakit jasmaniah, sebab-sebab gangguan mental adalah kompleks. Pada seseorang dapat terjadi penyebab satu atau beberapa faktor dan biasanya jarang berdiri sendiri. Mengetahui sebab-sebab gangguan mental penting untuk mencegah dan mengobatinya.⁽⁸⁾

II.1 Gangguan Kecemasan

II.1.1 Definisi

Menurut Sadock dan Virginia (2007), gangguan cemas adalah keadaan seseorang mengalami perasaan gelisah atau cemas dengan aktivitas sistem saraf otonom dalam berespon terhadap suatu ancaman tertentu.⁽⁹⁾

Selain itu, menurut Miraz (2010), gangguan cemas merupakan keadaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan yang disertai dengan keluhan somatik yang diperlihatkan dengan hiperaktivitas sistem saraf otonom. Cemas adalah

gejala yang tidak spesifik yang sering ditemukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal. ⁽¹⁰⁾

Gangguan cemas dan ketakutan sering disalahartikan. Ketakutan biasanya timbul akibat adanya ancaman yang spesifik, sedangkan gangguan cemas timbul akibat adanya ancaman yang belum jelas. Perasaan tidak berdaya dan tidak adekuat dapat terjadi, disertai perasaan terasing dan tidak aman. Intensitas perasaan ini dapat ringan atau berat dan kadang bisa menimbulkan kepanikan. ⁽⁹⁾

II.1.2 Teori

Teori tentang gangguan cemas dibedakan menjadi dua, yaitu: ⁽⁹⁾

a. Teori Psikologis

1. Teori Psikoanalitik

Freud menyatakan bahwa kecemasan sebagai sinyal, yang menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam diri, misalnya dengan menggunakan mekanisme represi, bila berhasil maka terjadi pemulihan keseimbangan psikologis tanpa adanya gejala cemas. Jika represi tidak berhasil sebagai suatu pertahanan, maka dipakai mekanisme pertahanan yang lain, misalnya konversi, regresi.

2. Teori Perilaku

Teori ini mengatakan bahwa kecemasan merupakan suatu respon terhadap stimuli lingkungan keluarga.

3. Teori Eksistensial

Suatu konsep dan teori bahwa bila seseorang sadar akan adanya kehampaan yang menonjol di dalam dirinya. Perasaan ini lebih mengganggu daripada penerimaan tentang kenyataan kehilangan/ kematian seseorang yang tidak dapat dihindari. Kecemasan adalah respon seseorang terhadap kehampaan eksistensi tersebut.

b. Teori Biologis

1. Sistem Saraf Otonom

Stimuli sistem saraf otonom menimbulkan gejala-gejala tertentu, seperti takikardi, nyeri kepala, diare, dan sebagainya.

2. Neurotransmitter

Tiga neurotransmitter utama yang berperan dalam gangguan cemas, yaitu : norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid*.

3. Penelitian Genetika

Menurut hasil penelitian genetika, hampir sebagian besar penderita gangguan panik memiliki paling sedikit satu saudara yang juga menderita gangguan tersebut.

II.1.3 Epidemiologi

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa pada tahun 1996 di Indonesia, diperkirakan 6 juta penduduk mengalami gangguan cemas. Ditemukan, setiap 20 orang per 1000 anggota keluarga menderita gangguan cemas. Data Psikiatri Indonesia pada tahun 2004 menunjukkan dari 11 kota di Indonesia ditemukan 18,5% penduduk dewasa menderita gangguan jiwa. Berdasarkan Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) 1995, ditemukan pula 140 orang per 1000 anggota keluarga mengalami peningkatan gangguan mental emosional pada remaja dan dewasa. Dan dari 6 juta penduduk, 5,5 juta diantaranya tidak berobat atau mendapat pengobatan yang memadai.⁽³⁾

II.1.4 Penyebab dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Secara psikologis, gangguan cemas merupakan pikiran-pikiran negatif yang dialami seseorang yang semakin lama semakin kuat. Hal ini akibat:⁽¹¹⁾

- a. Kurangnya pengetahuan seseorang dalam menyesuaikan diri terhadap pertumbuhan dan perkembangan lingkungan sosial.
- b. Kurangnya dukungan dari orang tua, teman sebaya, atau lingkungan masyarakat sekitar.
- c. Tidak mampu menyesuaikan diri dengan berbagai tekanan yang ada.

Faktor yang dapat menjadi pencetus seseorang merasa cemas dapat berasal dari diri sendiri (faktor internal) maupun dari luar dirinya (faktor eksternal). Pencetus ansietas menurut Asmadi (2008) dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori yaitu : ⁽¹²⁾

- a. Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan dalam melakukan aktifitas sehari-hari guna pemenuhan terhadap kebutuhan dasarnya.
- b. Ancaman terhadap sistem diri yaitu adanya sesuatu yang dapat mengancam terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan status/peran diri, dan hubungan interpersonal.

Menurut Long yang dikutip oleh Asmadi (2008), ada berbagai alasan yang dapat menyebabkan ketakutan atau kecemasan pasien dalam menghadapi pembedahan antara lain yaitu takut nyeri setelah pembedahan, takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal gangguan *body image*, takut keganasan bila diagnosa yang ditegakan belum pasti, takut atau cemas mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, takut atau ngeri menghadapi ruang operasi, peralatan pembedahan dan petugas, takut mati saat dibius atau tidak sadar lagi, takut operasi akan gagal. ⁽¹²⁾

Menurut Dadang Hawari (2001) mekanisme terjadinya cemas yaitu psiko-neuro-imunologi atau psiko-neuro-endokrinologi. Stresor psikologis yang menyebabkan cemas adalah perkawinan, orangtua, antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga, dan trauma. Akan tetapi tidak semua orang yang mengalami stressor psikososial akan mengalami gangguan cemas hal ini tergantung pada struktur perkembangan kepribadian diri seseorang tersebut yaitu usia, pendidikan, pengalaman, jenis kelamin, dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat. ⁽¹³⁾

- a. Usia

Menurut Haryanto dalam Lukman (2009), umur menunjukkan ukuran waktu pertumbuhan dan perkembangan seorang individu. Umur berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi

dengan pengetahuan, pemahaman dan pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap. Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkannya untuk menggunakan mekanisme koping yang baik dibandingkan kelompok umur anak-anak, ditemukan sebagian besar kelompok umur anak yang mengalami insiden fraktur cenderung lebih mengalami respon cemas yang berat dibandingkan kelompok umur dewasa. ⁽¹⁴⁾

b. Pengalaman

Robby dalam Lukman (2009) menyatakan bahwa pengalaman masa lalu terhadap penyakit, baik yang positif maupun negatif, dapat mempengaruhi perkembangan keterampilan menggunakan koping. Keberhasilan seseorang dapat membantu individu untuk mengembangkan kekuatan *coping*, sebaliknya kegagalan atau reaksi emosional menyebabkan seseorang menggunakan *coping* yang maladaptif terhadap *stressor* tertentu. ⁽¹⁴⁾

c. Dukungan

Menurut Kaplan dan Saddock dalam Arum (2009), dukungan psikososial keluarga adalah mekanisme hubungan interpersonal yang dapat melindungi seseorang dari efek stress yang buruk. Pada umumnya, jika seseorang memiliki sistem pendukung yang kuat, kerentanan terhadap penyakit mental akan rendah. ⁽¹⁵⁾

d. Jenis Kelamin

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Myers (1983) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan. ⁽¹⁶⁾

Sunaryo dalam Kuraesin (2009) menulis dalam bukunya bahwa pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih mempunyai tingkat

pengetahuan dan wawasan lebih luas dibanding perempuan, karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar sedangkan sebagian besar perempuan hanya tinggal di rumah dan menjalani aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga, sehingga tingkat pengetahuan atau transfer informasi yang didapatkan terbatas tentang pencegahan penyakit.⁽¹⁷⁾

e. Pendidikan

Hasil Riset yang dilakukan Stuarth and Sundden dalam Lukman (2009) menunjukkan responden yang berpendidikan tinggi lebih mampu menggunakan pemahaman mereka dalam merespon kejadian fraktur secara adaptif dibandingkan kelompok responden yang berpendidikan rendah. Kondisi ini menunjukkan respon cemas berat cenderung dapat kita temukan pada responden yang berpendidikan rendah karena rendahnya pemahaman mereka terhadap penyakit fisik yang diderita sehingga membentuk persepsi yang menakutkan bagi mereka dalam merespon penyakit fisik tersebut.⁽¹⁴⁾

II.1.5 Tingkat Cemas

Menurut Stuart (2006), tingkat cemas dibagi atas :⁽¹⁸⁾

a. Cemas ringan

Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Cemas ini dapat menyebabkan individu menjadi tetap waspada dan meningkatkan lapangan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Cemas sedang

Seseorang masih memungkinkan untuk memusatkan pada sesuatu yang penting dan mengesampingkan yang lainnya. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Cemas berat

Cemas ini menyebabkan persepsi berkurang sehingga cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terperinci, spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

d. Panik

Cemas yang berhubungan dengan ketakutan, terror, individu mengalami panik tidak dapat mengontrol persepsi walaupun dengan pengarahan. Panik merupakan disorganisasi kepribadian, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, penyimpangan pemikiran rasional.

II.1.6 Klasifikasi

Menurut Sadock dan Virginia (2007), klasifikasi gangguan cemas dibedakan menjadi :⁽⁹⁾

a. Gangguan Panik

Dua kriteria gangguan panik, adalah gangguan panik tanpa agorafobia dan gangguan panik dengan agorafobia. Kedua gangguan panik ini harus ada serangan panik.

Gambaran Klinis :

- Serangan panik pertama seringkali spontan
- Ketakutan berlebihan
- Tidak mampu menjelaskan sumber ketakutannya
- Bingung, sulit konsentrasi
- Takikardia, palpitasi, sesak napas, dan berkeringat

Pedoman diagnostik :

- Sekurangnya satu serangan diikuti satu atau lebih
- Bisa dengan atau tanpa agorafobia

b. Gangguan Fobia

Fobia adalah ketakutan yang tidak rasional yang menyebabkan penghindaran secara sadar terhadap objek, aktivitas, atau situasi yang ditakuti.

Pedoman diagnostik : Rasa takut yang jelas, menetap, dan berlebihan/tidak beralasan

c. Gangguan Obsesif-Kompulsif

Obsesif adalah pikiran, perasaan, ide yang berulang, tidak bisa dihilangkan, dan tidak dikehendaki. Kompulsif adalah tingkah laku yang berulang, tidak bisa dihilangkan, dan tidak dikehendaki.

Pedoman diagnostik :

- Pikiran atau impuls yang berulang
- Tidak disebabkan oleh suatu zat atau kondisi medis umum

d. Gangguan Stres Pascatrauma

Trauma bisa berupa trauma peperangan, bencana alam, penyerangan, pemerkosaan, kecelakaan. Gangguan ini terdiri dari pengalaman kembali trauma melalui mimpi dan pikiran serta penumpukan responsivitas pada penderita tersebut.

Pedoman diagnostik :

- Telah terpapar dengan peristiwa traumatik
- Keadaan traumatik secara menetap dialami kembali
- Penghindaran stimulus yang persisten yang berhubungan dengan trauma
- Gangguan menyebabkan penderitaan bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lain.

e. Gangguan Ansietas Menyeluruh

Kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan terhadap aktivitas atau peristiwa tertentu, yang berlangsung hampir setiap hari, selama 6 bulan atau lebih. Gambaran esensial dari gangguan ini adalah adanya ansietas yang menyeluruh dan menetap (bertahan lama). Gejala yang menonjol sangat bervariasi, tetapi keluhan tegang yang berkepanjangan, gemeteran, ketegangan otot, berkeringat, kepala terasa ringan, palpitasi, pusing, dan keluhan epigastrik.

Pedoman diagnostik : gejala-gejala ini biasanya mencakup hal-hal, seperti kecemasan tentang masa depan, ketegangan motorik, aktivitas otonomik berlebihan.

II.1.7 Tanda dan Gejala

Menurut Aris (2000), tanda dan gejala dari gangguan cemas dibedakan menjadi :⁽¹⁹⁾

- a. Keluhan kognitif dan psikologis
 - Perasaan cemas, khawatir
 - Ragu-ragu untuk bertindak atau memutuskan sesuatu
 - Takut mati, takut menjadi gila
 - Insomnia, sulit untuk memulai tidur (*early insomnia*)
 - Mudah marah
- b. Keluhan fisik
 - Neurologik dan vaskuler : sakit kepala, pusing, pandangan kabur
 - Kardiovaskuler : dada berdebar-debar, nyeri dada
 - Respirasi : napas pendek, frekuensi napas sering (hiperventilasi), sesak napas
 - Gastrointestinal : mulut kering, mual, muntah, diare
 - Genitourinarius : sering berkemih, nyeri saat berkemih
 - Muskuloskeletal : nyeri otot leher
 - Kulit : keringat berlebihan, telapak tangan dan kaki basah serta terasa dingin

II.2 Depresi

II.2.1 Definisi

Depresi adalah gangguan mental umum yang menyajikan dengan mood depresi, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan, energi rendah, dan hilang konsentrasi. Masalah ini dapat menjadi kronis atau berulang dan menyebabkan gangguan besar dalam kemampuan individu untuk mengurus tanggung jawab sehari-harinya. Episode

depresi biasanya berlangsung selama 6 hingga 9 bulan, tetapi pada 15-20% penderita bisa berlangsung selama 2 tahun atau lebih.⁽¹⁰⁾

II.2.2 Teori

a. Teori Psikoanalitik dan Psikodinamik

Freud (1917) menyatakan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankoli. Ia menyatakan bahwa kemarahan pasien depresi diarahkan kepada diri sendiri karena mengidentifikasi terhadap objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi merupakan suatu cara *ego* untuk melepaskan diri terhadap objek yang hilang.⁽¹¹⁾

Menurut penelitian Bibring, depresi sebagai suatu efek yang dapat melakukan sesuatu terhadap agresi yang diarahkan kedalam dirinya. Apabila pasien depresi menyadari bahwa mereka tidak hidup sesuai dengan yang dicita-citakannya, akan mengakibatkan mereka putus asa.⁽¹²⁾ Faktor ketidakberdayaan yang dipelajari dimana ditunjukkan oleh hewan percobaan, dimana binatang secara berulang-ulang dihadapkan dengan kejutan listrik yang tidak dapat dihindarinya, binatang tersebut akhirnya menyerah dan tidak mencoba sama sekali untuk menghindari kejutan selanjutnya. Mereka belajar bahwa mereka tidak berdaya. Penderita depresi dapat menemukan hal yang sama dari keadaan ketidakberdayaan tersebut.⁽¹¹⁾

b. Teori Kognitif

Pada teori kognitif, Beck menunjukkan perhatian gangguan kognitif pada depresi. Dia mengidentifikasi 3 pola kognitif utama pada depresi yang disebut sebagai triad kognitif, yaitu pandangan negatif terhadap masa depan, pandangan negatif terhadap diri sendiri, individu menganggap dirinya tak mampu, bodoh, pemalas, tidak berharga, dan pandangan negatif terhadap pengalaman hidup.⁽¹¹⁾

II.2.2.1 Epidemiologi

Prevalensi kejadian depresi cukup tinggi, yakni hampir lebih dari 350 juta penduduk dunia mengalami depresi dan merupakan penyakit dengan

peringkat ke-4 di dunia menurut WHO. Prevalensi gangguan mental emosional penduduk di atas 15 tahun di Indonesia berdasarkan data RISKESDAS tahun 2007 mencapai 11,6% atau diderita sekitar 19 juta orang. Kejadian depresi lebih sering pada wanita (10-25%) dibanding pada pria (5-12%). Kejadian depresi juga lebih tinggi pada usia produktif dibanding pada usia anak remaja maupun lanjut usia. Gangguan depresi mayor usia 30 – 44 tahun memiliki prevalensi 19,8%, usia 18–29 tahun 15,4% sedangkan pada usia ≥ 60 tahun hanya 10,6%.⁽²³⁾

II.2.2.2 Penyebab dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Dasar penyebab depresi yang pasti tidak diketahui, banyak usaha untuk mengetahui penyebab dari gangguan ini. Secara garis besar, faktor-faktor penyebab depresi dibagi menjadi faktor fisik dan faktor psikologis.⁽¹¹⁾

a. Faktor Fisik

- 1) Faktor Neurotransmitter; Dari biogenik amin, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan *mood*. Norepinefrin hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnya regulasi reseptor B-adrenergik dan respon antidepresan secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem noradrenergik dalam depresi. Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan presinaptik reseptor adrenergik dalam depresi, sejak reseptor reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah norepinefrin yang dilepaskan. Presinaptik reseptor adrenergik juga berlokasi di neuron serotonergik dan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan. Dopamin juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi. Faktor neurokimia lainnya seperti *gamma aminobutyric acid* (GABA) dan neuroaktif peptida (vasopressin dan opiate endogen) telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan *mood*.⁽¹³⁾
- 2) Faktor Genetik; Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan *mood* adalah genetik. Pada penelitian anak kembar terhadap gangguan depresi berat

pada anak, pada anak kembar monozigot adalah 50%, sedangkan dizigot 10-25%.⁽¹⁴⁾ Menurut penelitian Hickie et al., menunjukkan penderita *late onset* depresi terjadi karena mutasi pada gene *methylene tetrahydrofolate reductase* yang merupakan kofaktor yang terpenting dalam biosintesis monoamin. Mutasi ini tidak bisa diketemukan pada penderita *early onset* depresi.⁽¹⁵⁾

- 3) Faktor Usia; Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda, yaitu remaja dan orang dewasa muda lebih banyak mengalami depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap dan tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja dan masa remaja ke masa dewasa. Survei masyarakat melaporkan terdapat prevalensi yang tinggi dari gejala depresi pada golongan usia dewasa muda, yakni 18-44 tahun.⁽¹⁶⁾
 - 4) Faktor Gender; Adanya perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran serta menopause membuat wanita lebih rentan mengalami depresi. Penelitian Angold (1998) menunjukkan bahwa periode meningkatkan risiko depresi pada wanita terjadi ketika masa pertengahan pubertas.⁽¹⁵⁾
- b. Faktor Psikologis

Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan dimana suatu pengamatan klinik menyatakan bahwa peristiwa atau kejadian dalam kehidupan yang penuh ketegangan sering mendahului episode gangguan *mood*. Suatu teori menjelaskan bahwa stres yang menyertai episode pertama akan menyebabkan perubahan fungsional neurotransmitter dan sistem pemberi tanda intra neuronal yang akhirnya perubahan tersebut menyebabkan seseorang mempunyai resiko yang tinggi untuk menderita gangguan *mood* selanjutnya.⁽¹¹⁾

Faktor kepribadian *premorbid* menunjukkan tidak ada satu kepribadian atau bentuk kepribadian yang khusus sebagai

predisposisi terhadap depresi. Semua orang dengan cirri kepribadian manapun dapat mengalami depresi, walaupun tipe kepribadian seperti dependen, obsesi kompulsif, histironik mempunyai risiko yang besar mengalami depresi dibandingkan dengan lainnya. ⁽¹¹⁾

II.2.3 Tingkat Depresi

Tingkat beratnya depresi ditentukan sebagai berikut : ⁽⁹⁾

- a. Depresi ringan : harus ada dua gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal dua gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial ringan dari kelompok (3), dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian.
- b. Depresi sedang : harus ada dua gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal tiga gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial sedang dari kelompok (3), dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian.
- c. Depresi berat : harus ada tiga gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal empat gejala dari kelompok lainnya dan beberap diantaranya harus berintensitas berat, sangat tidk mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

II.2.4 Klasifikasi

Klasifikasi nosologi dari keadaan depresi telah terbukti bernilai dalam praktik klinik dan telah dibakukan oleh badan kesehatan dunia (WHO). Klasifikasi tersebut terdiri atas : ⁽¹⁷⁾

a. Depresi Psikogenik

Depresi psikogenik terjadi karena pengaruh psikologis individu. Biasanya terjadi akibat adanya kejadian yang dapat membuat seseorang bersedih atau stres berat. Berdasarkan pada gejala dan tanda-tanda, terbagi atas depresi reaktif, depresi laten, dan depresi neurotik.

b. Depresi Endogenik

Depresi ini diturunkan, biasanya timbul tanpa didahului oleh masalah psikologis atau fisik tertentu, namun bisa juga dicetuskan oleh trauma fisik maupun psikis. Kebanyakan depresi endogen berupa suatu depresi unipolar.

c. Depresi Somatogenik

Pada depresi ini, faktor-faktor jasmani dianggap berperan dalam timbulnya depresi. Depresi ini terbagi ke dalam 2 tipe, yaitu depresi organik dan depresi simptomatik.

II.2.5 Tanda dan Gejala

Pada penderita depresi, dapat ditemukan beberapa tanda dan gejala umum menurut DSM-IV :⁽¹⁾

a. Perubahan fisik

- Penurunan nafsu makan
- Gangguan tidur
- Kelelahan atau kurang energi
- Agitasi
- Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri tanpa penyebab fisik

b. Perubahan Pikiran

- Merasa bingung, lambat berpikir
- Sulit membuat keputusan
- Kurang percaya diri
- Merasa bersalah dan tidak mau dikritik
- Adanya pikiran untuk membunuh diri

c. Perubahan Perasaan

- Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri.
- Merasa sedih
- Sering menangis tanpa alasan yang jelas.
- Irritabilitas, mudah marah dan terkadang agresif.

- d. Perubahan pada Kebiasaan Sehari-hari
 - Menjauhkan diri dari lingkungan sosial
 - Penurunan aktivitas fisik dan latihan.
 - Menunda pekerjaan rumah.

II.3 Stres

II.3.1 Definisi

Stres adalah reaksi/respons tubuh terhadap stresor psikososial (tekanan mental/beban kehidupan). Stres dewasa ini digunakan secara bergantian untuk menjelaskan berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap stres; konteks yang menjembatani pertemuan antara individu dengan stimulus yang membuat stres; semua sebagai suatu sistem.⁽¹⁰⁾

Stres adalah suatu reaksi tubuh yang dipaksa, dimana ia boleh mengganggu homeostasis fisiologi normal.⁽²²⁾

Menurut Morgan dan King, “...as an internal state which can be caused by physical demands on the body (disease conditions, exercise, extremes of temperature, and the like) or by environmental and social situations which are evaluated as potentially harmful, uncontrollable, or exceeding our resources for coping”.⁽²³⁾ Jadi, stres adalah suatu keadaan yang bersifat internal, yang bisa disebabkan oleh tuntutan fisik (badan), atau lingkungan, dan situasi sosial, yang berpotensi merusak dan tidak terkontrol.

II.3.2 Teori

Teori dasar tentang stres dapat disimpulkan ke dalam tiga variabel pokok, yaitu :^(24; 25)

- a. Variabel Stimulus

Variabel ini dikenal pula dengan pendekatan rekayasa (*engineering approach*), yang mengonsepsikan stres sebagai suatu stimulus atau tuntutan yang mengancam, yaitu tekanan dari luar terhadap individu yang dapat menyebabkan sakit atau mengganggu kesehatan. Dalam model ini, stres dapat juga disebabkan oleh stimulasi eksternal.

b. Variabel Respon

Variabel ini disebut pula dengan pendekatan fisiologis (*physiological approach*) yang didasarkan pada model *tripbas* dari Hans Selye. Ia mengembangkan konsep yang lebih spesifik tentang reaksi manusia terhadap stresor yang dinamakan GAS (*general adaption syndrome*), yaitu mekanisme respon tipikal tubuh dalam merespon rasa sakit atau stresor lainnya. GAS terdiri dari tiga tahap. Pertama, reaksi waspada (*alarm reaction*) yang terjadi ketika individu merasakan adanya ancaman yang kemudian merespon dengan reaksi berjuang atau melarikan diri (*fight-or-flight reaction*). Kedua, reaksi resistensi (*resistance reaction*) yang terjadi apabila stres berkelanjutan. Terjadi perubahan fisiologis yang melakukan keseimbangan sebagai upaya mengatasi ancaman. Ketiga, reaksi kelelahan (*exhaustion reaction*) yang terjadi apabila stresor tetap berlanjut atau terjadi stresor baru yang dapat memperburuk keadaan. Sebagai akibatnya, detak jantung dan kecepatan nafas menurun.

c. Variabel Interaktif

Variabel ini meliputi dua teori, yaitu teori interaksional dan teori transaksional. Teori interaksional memfokuskan pembahasannya pada aspek-aspek keterkaitan antara individu dengan lingkungannya dan hakikat hubungan antara tuntutan pekerjaan dengan kebebasan mengambil keputusan. Namun, penelitian-penelitian terakhir mengindikasikan bahwa terdapat bukti yang lemah mendukung hubungan antara tuntutan-tuntutan spesifik dengan sakit. Teori transaksional memfokuskan pembahasannya kepada aspek-aspek kognitif dan afektif individu dalam berinteraksi dengan lingkungannya serta jenis *coping* yang dilakukannya.

II.3.3 Penyebab

Penyebab stres atau sumber stres dikenali sebagai *stresor*, di antaranya berasal dari fisik, psikologis, dan sosial. Stresor fisik berasal dari luar diri individu, seperti suara, polusi, radiasi, suhu udara, makanan, zat kimia, trauma,

dan latihan fisik yang terpaksa. Pada stresor psikologis tekanan dari dalam diri individu biasanya yang bersifat negatif seperti frustrasi, cemas, rasa bersalah, khawatir berlebihan, marah, benci, sedih, cemburu, rasa kasihan pada diri sendiri, serta rasa rendah diri, sedangkan stresor sosial yaitu tekanan dari luar disebabkan oleh interaksi individu dengan lingkungannya. Banyak stresor sosial yang bersifat traumatik yang tak dapat dihindari, seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pension, perceraian, masalah keuangan, pindah rumah dan lain-lain.⁽²⁶⁾

II.3.4 Tingkat Stres

Gejala-gejala stres pada diri seseorang seringkali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stres timbul secara lambat, dan baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja ataupun pergaulan lingkungan sosialnya. Amberg (1979) dalam penelitiannya yang terdapat dalam Hawari (2001) membagi tahapan-tahapan stres sebagai berikut :⁽²⁷⁾

a. Tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stres yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut: 1) Semangat bekerja besar, berlebihan (*overacting*); 2) Penglihatan “tajam” tidak sebagaimana biasanya; 3) Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis.

b. Tahap II

Dalam tahapan ini dampak stres yang semula “menyenangkan” sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari, karena tidak cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat yang dimaksud antara lain dengan tidur yang cukup, bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stres tahap II adalah

sebagai berikut: 1) Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar; 2) Merasa mudah lelah sesudah makan siang; 3) Lekas merasa capai menjelang sore hari; 4) Sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (*bowel discomfort*); 5) Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar); 6) Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang; 7) Tidak bisa santai.

c. Tahap III

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stres tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu, yaitu: 1) Gangguan lambung dan usus semakin nyata; misalnya keluhan *maag* (gastritis), buang air besar tidak teratur (diare); 2) Ketegangan otot-otot semakin terasa; 3) Perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat; 4) Gangguan pola tidur (insomnia), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur (*early insomnia*), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (*middle insomnia*), atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (*Late insomnia*); 5) Koordinasi tubuh terganggu (badan terasa oyong dan serasa mau pingsan).

Pada tahapan ini seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.

d. Tahap IV

Gejala stres tahap IV, akan muncul: 1) Untuk bertahan sepanjang hari saja sudah terasa amat sulit; 2) Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit; 3) Yang semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara memadai (*adequate*); 4) Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari; 5) Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan; Seringkali menolak ajakan (*negativism*) karena

tiada semangat dan kegairahan; 6) Daya konsentrasi daya ingat menurun; 7) Timbul perasaan ketakutan dan cemas yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

e. Tahap V

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang itu akan jatuh dalam stres tahap V, yang ditandai dengan hal-hal sebagai berikut: 1) Kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam (*physical dan psychological exhaustion*); 2) Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana; 3) Gangguan sistem pencernaan semakin berat (*gastrointestinal disorder*); 4) Timbul perasaan ketakutan, cemas yang semakin meningkat, mudah bingung dan panik.

f. Tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami serangan panik (*panic attack*) dan perasaan takut mati. Tidak jarang orang yang mengalami stres tahap VI ini berulang dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ICCU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap VI ini adalah sebagai berikut: 1) Debaran jantung teramat keras; 2) Susah bernapas (sesak dan megap-megap); 3) Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran; 4) Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan; 5) Pingsan atau kolaps (*collapse*).

II.3.5 Klasifikasi

Jenis-jenis Stres menurut Quick dan Quick (1984) mengkategorikan jenis stres menjadi dua, yaitu :⁽²⁸⁾

- a. *Eustress*, yaitu hasil dari respon terhadap stres yang bersifat sehat, positif, dan konstruktif (bersifat membangun). Hal tersebut termasuk kesejahteraan individu dan juga organisasi yang diasosiasikan dengan pertumbuhan, fleksibilitas, kemampuan adaptasi, dan tingkat performance yang tinggi.

- b. *Distress*, yaitu hasil dari respon terhadap stres yang bersifat tidak sehat, negatif, dan destruktif (bersifat merusak). Hal tersebut termasuk konsekuensi individu dan juga organisasi seperti penyakit kardiovaskular dan tingkat ketidakhadiran (*absenteeism*) yang tinggi, yang diasosiasikan dengan keadaan sakit, penurunan, dan kematian. Dalam hal ini, gejala stres yang akan diteliti merupakan gejala stres yang bersifat *distress*, sebagai akibat dari sebuah stres akut yang berkepanjangan dihitung mulai dari 3 bulan pasca kejadian (stressor) muncul.

II.3.6 Tanda dan Gejala

Taylor (1991) menyatakan, stress dapat menghasilkan berbagai respon. Berbagai peneliti telah membuktikan bahwa respon-respon tersebut dapat berguna sebagai indikator terjadinya stres pada individu, dan mengukur tingkat stres yang dialami individu. Respon stres dapat terlihat dalam berbagai aspek, yaitu :⁽²⁵⁾

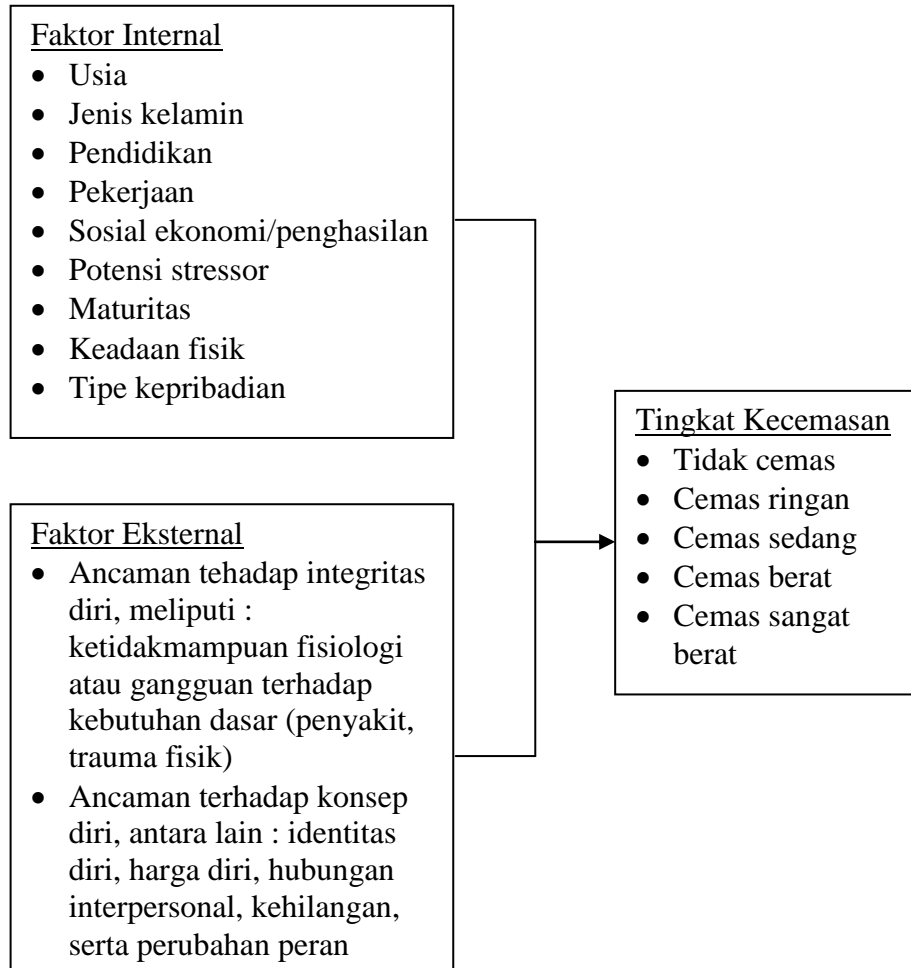
- a. Respon fisiologis, dapat ditandai dengan meningkatnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.
- b. Respon kognitif, dapat terlihat lewat terganggunya proses kognitif individu, seperti pikiran menjadi kacau, menurunnya daya konsentrasi, pikiran berulang, dan pikiran tidak wajar.
- c. Respon emosi, dapat muncul sangat luas, menyangkut emosi yang mungkin dialami individu, seperti takut, cemas, malu, marah, dan sebagainya.
- d. Respon tingkah laku, dapat dibedakan menjadi *fight*, yaitu melawan situasi yang menekan, dan *flight*, yaitu menghindari situasi yang menekan.

Gejala-gejala lain yang dapat dilihat dari orang yang sedang mengalami stres, antara lain cemas, depresi, makan berlebihan, berpikiran negatif, tidur berlebihan, diare, konstipasi atau sembelit, kelelahan yang terus menerus, sakit kepala, kehilangan nafsu makan, marah, tegang, mudah tersinggung, gatal-gatal, alergi, merokok, nyeri persendian, berdebar-debar, dan sesak napas. Apabila

seseorang mengalami satu atau lebih dari gejala-gejala tersebut, maka kemungkinan orang tersebut mengalami stres.⁽²⁴⁾

BAB III KERANGKA KONSEP

III.1 Kerangka Teori

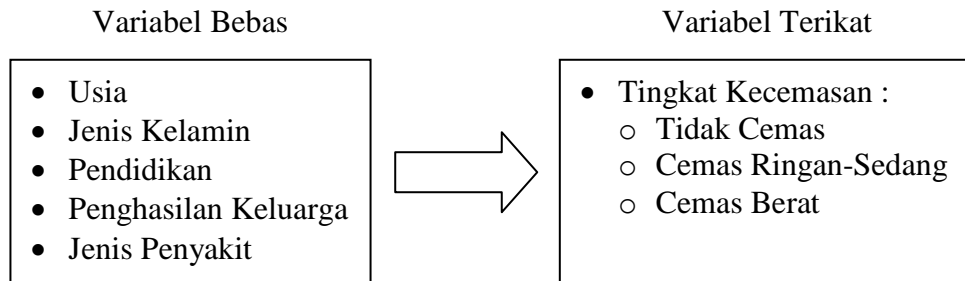


Gambar 3.1 Kerangka Teori

III.2 Pola Variabel yang Diteliti

Variabel penelitian adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian disimpulkan. ⁽²⁰⁾ Variabel yang ada dalam suatu penelitian terdiri dari variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi dan variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi. Pada penelitian ini, peneliti menentukan variabel bebas yang akan diteliti, yaitu karakteristik pasien rawat inap, berupa jenis kelamin, umur,

pendidikan, penghasilan, dan jenis penyakit. Sedangkan variabel terikat yang akan diteliti, yaitu masalah kesehatan mental, berupa tingkat kecemasan.



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

III.3 Definisi Operasional

III.3.1 Jenis Kelamin

Definisi : Peran biologis yang dimiliki pasien, yang terdiri dari laki-laki dan perempuan.

Alat Ukur : Rekam medis

Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medis pasien

Hasil Ukur : 1. Laki-laki
2. Perempuan

III.3.2 Umur

Definisi : Waktu yang dihitung dari lahir sampai saat penelitian dilakukan yang dinyatakan dalam satuan tahun.

Alat Ukur : Rekam medis

Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medis pasien

Hasil Ukur : 1. Dewasa Muda, yakni 18-25 tahun
2. Dewasa, yakni 26-65 tahun
3. Lanjut Usia, yakni ≥ 66 tahun

III.3.3 Pendidikan

Definisi : Jenjang atau tingkatan pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh oleh pasien.

Alat Ukur : Rekam medis

Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medis pasien
Hasil Ukur : 1. Rendah, jika tamat SD ke bawah
2. Sedang, jika tamat SLTP dan/atau SLTA
3. Tinggi, jika tamat D3/S1

III.3.4 Penghasilan

Definisi : Akumulasi pendapatan pasien dan pasangan hidupnya yang dihitung per bulan.

Alat Ukur : Rekam medis

Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medis pasien

Hasil Ukur : 1. Rendah, jika kurang dari 1 juta rupiah/bulan
2. Tinggi, jika lebih dari atau sama dengan 1 juta rupiah/bulan

III.3.5 Jenis Penyakit

Definisi : Variasi penyakit yang diderita yang merupakan diagnosis dokter. Jenis penyakit dalam penelitian ini adalah jenis penyakit yang tertera pada status sewaktu dirawat inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar saat penelitian dilakukan yang digolongkan berdasarkan subdivisi yang terdapat pada Bagian Ilmu Penyakit Dalam.

Alat Ukur : Rekam medis

Cara Ukur : Pencatatan status pasien melalui rekam medis pasien

Hasil Ukur : 1. Gastroenterohepatologi
2. Nefrologi
3. Lainnya

III.3.6 Tingkat Kecemasan

Definisi : Keadaan yang menggambarkan ketidaknyamanan subjek penelitian terhadap kondisinya yang diukur melalui kuesioner.

Alat Ukur : Lembar kuesioner
Cara Ukur : Pengisian kuesioner oleh responden
Hasil Ukur : 1. Tidak cemas, jika nilai ≤ 7
2. Cemas ringan-sedang, jika nilai 8-14
3. Cemas berat, jika nilai ≥ 15

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

IV.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah desain studi deskriptif yang bertujuan mengungkapkan hubungan antara variabel bebas yang meliputi umur, jenis kelamin, lama perawatan, dan jenis penyakit dengan variabel terikat yang meliputi tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian *cross sectional* atau potong lintang, yaitu pengamatan dilakukan pada saat bersamaan atau sekali waktu. Hal ini berarti waktu pengukuran tingkat kecemasan pasien rawat inap hanya satu kali pada satu saat.

IV.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang perawatan penyakit dalam (Lontara 1) RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan waktu pelaksanaan mulai tanggal 12 Agustus hingga 24 Agustus 2013.

IV.3 Populasi dan Sampel Penelitian

IV.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek atau data yang mempunyai karakteristik tertentu yang sesuai dengan penelitian. ⁽²¹⁾ Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tanggal 12-24 Agustus 2013.

IV.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek dan dianggap mewakili seluruh populasi. ⁽²²⁾ Sampel dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang memenuhi kriteria seleksi.

IV.3.2.1 Kriteria Seleksi

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. ⁽²¹⁾ Adapun kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- Berstatus sebagai pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- Pasien dalam keadaan sadar.
- Pasien mampu berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- Pasien yang tidak bersedia menjadi subjek penelitian ini.
- Pasien yang tidak mengembalikan kuesioner.
- Pasien yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap.

IV.3.2.2 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *total sampling*, dimana seluruh anggota populasi menjadi sampel yang diteliti. Pada penelitian ini, sebanyak 45 orang pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tanggal 12-24 Agustus 2013 yang memenuhi kriteria seleksi.

IV.4 Manajemen Penelitian

IV.4.1 Pengumpulan Data

IV.4.1.1 Jenis Data

a. Data Primer

Pengumpulan data primer dilakukan peneliti dengan menggunakan kuesioner yang berisi pernyataan yang berhubungan dengan tingkat kecemasan.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh peneliti dari catatan medik pasien yang diperlukan dalam menunjang penelitian ini.

IV.4.1.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu :

- a. Peneliti mendatangi responden penelitian kemudian menjelaskan mengenai penelitian yang akan dilakukan beserta tujuan penelitian.
- b. Peneliti meminta responden mengisi *informed consent* bagi responden yang bersedia berpartisipasi.
- c. Peneliti kemudian menjelaskan kepada responden cara pengisian kuesioner dan meminta responden mengisi semua pernyataan di dalam kuesioner sesuai keadaan responden sambil mendampingi responden mengisi kuesioner.
- d. Peneliti mengumpulkan kuesioner yang telah diisi responden dan memeriksa kembali untuk memastikan tidak ada pernyataan yang tidak terisi.

IV.4.2 Pengolahan Data

Data yang diperoleh kemudian diolah dengan bantuan komputer menggunakan program Microsoft Excel dan *Statistical Package for the Sosial Sciences* (SPSS) versi 20.0. Adapun tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut :

- a. *Editing* adalah langkah yang dilakukan untuk memeriksa kelengkapan konsistensi maupun kesalahan jawaban pada kuesioner.
- b. *Coding* adalah langkah pengkodean yang dilakukan untuk memudahkan dalam proses pengolahan data.
- c. *Tabulating* adalah langkah untuk mengelompokkan data ke dalam suatu kelompok data tertentu menurut sifat yang sesuai dengan tujuan penelitian.
- d. Penyajian data dilakukan dengan menggunakan tabel dan narasi.

IV.5 Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah peneliti mendapatkan izin dari Universitas Hasanuddin untuk menjalankan penelitian dan dari pihak RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar untuk melakukan penelitian di tempat tersebut. Hal-hal yang terkait dengan etika penelitian dalam penelitian ini adalah:

1. Bebas dari eksploitasi
Partisipasi subjek dalam penelitian harus dihindari dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikannya tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subjek dalam bentuk apapun.
2. Hak untuk memutuskan menjadi responden
Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah bersedia menjadi responden atau tidak tanpa adanya sanksi apapun.
3. Lembar persetujuan (*informed consent*)
Lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti dan memenuhi kriteria. Subjek yang bersedia menjadi responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan.
4. Anonimitas
Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak memunculkan nama responden tetapi hanya memberi kode tertentu pada setiap responden.
5. Kerahasiaan
Peneliti menjamin kerahasiaan responden. Hanya data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.
6. Prinsip manfaat
Penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan penderitaan bagi responden maupun keluarga serta tidak menimbulkan kerugian dalam bentuk apapun.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Telah dilakukan penelitian mengenai hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap rumah sakit. Penelitian ini bertempat di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dan dilakukan pada tanggal 12-24 Agustus 2013. Penelitian ini menggunakan metode *total sampling* sebagai teknik pengambilan responden, dimana seluruh pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang memenuhi kriteria seleksi menjadi responden, yaitu sebanyak 45 orang.

Tingkat kecemasan diukur dengan menggunakan kuesioner DASS (*Depression Anxiety and Stress Scale*). Melalui kuesioner DASS, diperoleh nilai kecemasan yang menunjukkan tingkat keparahan, yaitu tidak cemas, cemas ringan, cemas sedang, cemas berat, dan cemas sangat berat. Kuesioner ini telah diuji reabilitas dan validitasnya sebelumnya.

V.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

V.1.1 Sejarah RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo

Sebelum terbentuknya RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo ini, tepatnya pada tahun 1947 didirikan rumah sakit dengan meminjam dua (2) bangsal rumah sakit jiwa yang telah berdiri sejak tahun 1942 sebagai bangsal bedah dan penyakit dalam yang merupakan cikal bakal berdirinya Rumah Sakit Umum Dadi. Pada awalnya, di tahun 1957 RSU Dadi yang berlokasi di jalan Lanto Dg. Pasewang No. 43 Makassar ini berfungsi sebagai Rumah Sakit Pemda Tingkat 1 Sulawesi Selatan, yaitu rumah sakit yang manajemennya diatur oleh pemerintah daerah Sulawesi Selatan. Hingga pada tahun 1992 Rumah Sakit Dadi menjadi rumah sakit dengan klasifikasi B. Pengembangan pembangunan rumah sakit ini pun dipindahkan ke Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11 Makassar, berdekatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Pada tahun 1994 RSU Dadi berubah menjadi Rumah Sakit Vertical milik departemen kesehatan dengan nama Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr.

Wahidin Sudirohusodo berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan RI No. 540/SK/VI/1994 sebagai rumah sakit kelas A dan sebagai rumah sakit pendidikan serta sebagai rumah sakit rujukan tertinggi di kawasan timur Indonesia.

Pada tanggal 10 Desember 1995 RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo ditetapkan menjadi rumah sakit unit swadana dan pada tahun 1998 dikeluarkan Undang-Undang No. 30 Tahun 1997 berubah menjadi unit Pengguna Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP). Dengan terbitnya peraturan pemerintah R.I. No. 125 tahun 2000, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo beralih status kelembagaan menjadi Perusahaan Jawatan (PERJAN).

V.1.2 Visi Misi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

Visi merupakan pandangan jauh ke depan, kemana dan bagaimana RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo harus dibawa dan berkarya secara produktif, inovatif konsisten serta antisipatif terhadap perubahan. Visi tidak lain adalah suatu gambaran menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan. Dengan mengacu pada batasan tersebut, visi RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo adalah: *“Menjadi Rumah Sakit Bertaraf Internasional pada tahun 2015”*.

Untuk mewujudkan visi tersebut, RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo mencanangkan 3 misi sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, berkualitas dan terjangkau
2. Menyelenggarakan pendidikan dan penelitian yang berkualitas
3. Menyelenggarakan usaha lain yang menunjang kegiatan pelayanan dan pendidikan.

Dan untuk memotivasi organisasi agar dapat mewujudkan tujuannya, maka RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo membuat moto yaitu *“Dengan Budaya Sipakatau Kami Melayani dengan Hati”*

V.1.3 Pelayanan Rawat Inap

Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dari berbagai segmen, telah disediakan 600 tempat tidur mulai dari kelas 3 hingga pelayanan super VIP.

V.2 Analisis Univariat

V.2.1 Karakteristik Responden Penelitian

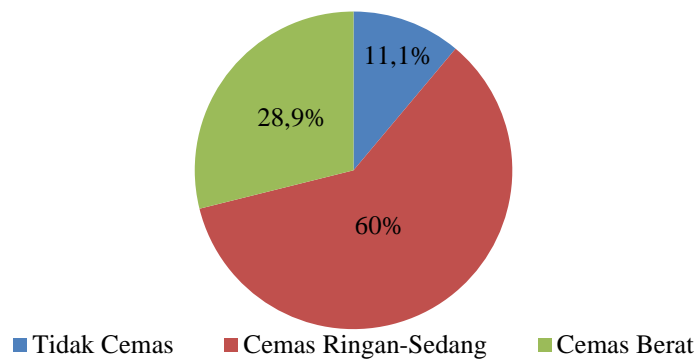
Karakteristik responden penelitian yang berjumlah 45 orang secara keseluruhan dapat dilihat pada Tabel 5.1. Berdasarkan jenis kelamin, lebih dari separuh responden berjenis kelamin laki-laki (60%), memiliki penghasilan keluarga yang rendah (64,4%), dan menderita jenis penyakit gastroenterohepatologi (57,8%). Selain itu, sebagian besar responden berumur antara 46-55 tahun (33,3%) dan berpendidikan rendah dan sedang (48,9%).

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Penelitian (N=45)

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Persen (%)	Mean ± SD
Jenis Kelamin			
Laki-laki	27	60,0	
Perempuan	18	40,0	
Umur (tahun)			49,58 ± 15,23
Dewasa Muda	3	6,7	
Dewasa	35	77,8	
Lanjut Usia	7	15,5	
Pendidikan			
Rendah	22	48,9	
Sedang	22	48,9	
Tinggi	1	2,2	
Penghasilan Keluarga			
Rendah	29	64,4	
Tinggi	16	35,6	
Jenis Penyakit			
Gastroenterohepatologi	26	57,8	
Nefrologi	12	26,7	
Lainnya	7	15,5	
Kecemasan			12,22 ± 4,50

V.2.2 Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Penelitian

Bagan 1 menunjukkan distribusi tingkat kecemasan responden penelitian. Tingkat kecemasan ini merupakan konversi nilai dari kuesioner DASS sesuai dengan referensi acuan. Dari tabel dapat dilihat bahwa dari responden yang berjumlah 45 orang, sebanyak 27 orang (60%) diantaranya mengalami cemas ringan-sedang. Sedangkan 13 orang (28,9%) lainnya mengalami cemas berat dan hanya 5 orang (11,1%) yang tidak mengalami kecemasan.



Gambar 5. Distribusi Tingkat Kecemasan Responden Penelitian (N=45)

V.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik pasien yang meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan, penghasilan, dan jenis penyakit dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah *Pearson's chi square* dengan hasil sebagai berikut.

V.2.1 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.2 memperlihatkan bahwa baik laki-laki maupun perempuan pada penelitian ini lebih banyak menderita cemas ringan-sedang dibandingkan cemas berat dan tidak cemas. Angka kejadian kecemasan pada kedua jenis kelamin pun sama (89,9%), hal ini menunjukkan bahwa baik laki-laki maupun perempuan sama-sama mengalami kecemasan pada penelitian ini.

Tabel 5.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan

Jenis Kelamin		Tingkat Cemas			Total	<i>p value</i>
		Tidak Cemas	Cemas Ringan-Sedang	Cemas Berat		
Laki-laki	N	3	14	10	27	0,512
	%	11,1%	51,9%	37,0%	100,0%	
Perempuan	N	2	13	3	18	
	%	11,1%	72,2%	16,7%	100,0%	
Total	N	5	27	13	45	
	%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%	

Dari hasil uji statistik didapatkan p value = 0,317 ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian, p value lebih besar dari alpha sehingga H_0 diterima. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Nyi Dewi Kuraesin (2009) dengan responden yang diteliti berjumlah 46 orang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan dengan $p = 0,170$ ($\alpha = 0,05$).

Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil pengamatan tim psikologis independen program kajian psikologis Universitas Indonesia yang mendapatkan 56,41 % individu perempuan yang cenderung lebih memiliki respon cemas terhadap kejadian fraktur dibandingkan individu laki-laki. ⁽¹⁴⁾ Hal ini diperkuat dengan adanya teori yang berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita. Sunaryo dalam Lukman (2009) menjelaskan bahwa pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan perempuan. Laki-laki lebih mempunyai tingkat pengetahuan dan wawasan lebih luas dibanding perempuan, karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar sedangkan sebagian besar perempuan hanya tinggal di rumah dan menjalani aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga, sehingga tingkat pengetahuan atau transfer informasi yang didapatkan terbatas tentang pencegahan penyakit. Myers (1983) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibandingkan laki-laki. Laki-laki cenderung lebih aktif dan eksploratif, sedangkan perempuan cenderung lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan. ⁽¹⁶⁾

V.2.2 Hubungan Antara Umur dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.3 memperlihatkan bahwa semua pasien lanjut umur menderita kecemasan. Pada kelompok umur dewasa dan dewasa muda, angka kecemasan juga sangat tinggi, yaitu berturut-turut 88,6% dan 66,7%. Namun, tingkat kecemasan yang paling banyak diderita pada ketiga kelompok umur tersebut adalah tingkat cemas ringan-sedang.

Tabel 5.3 Hubungan Antara Umur dengan Tingkat Kecemasan

Kelompok Umur		Tingkat Cemas			Total	<i>p value</i>
		Tidak Cemas	Cemas Ringan-Sedang	Cemas Berat		
Dewasa Muda	n	1	2	0	3	0,512
	%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	
Dewasa	n	4	20	11	35	
	%	11,4%	57,1%	31,4%	100,0%	
Lanjut Umur	n	0	5	2	7	
	%	0,0%	71,4%	28,6%	100,0%	
Total	n	5	27	13	45	
	%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%	

Dari hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0,512 ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian, *p value* lebih besar dari alpha sehingga H_0 diterima. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Nyi Dewi Kuraesin (2009) dengan responden yang diteliti berjumlah 46 orang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kecemasan dengan $p = 0,169$ ($\alpha = 0,05$).

Namun, penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Budi Santoso dalam Kuraesin (2009) yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kecemasan dengan $\chi^2=10,503$ $df=2$ $p=0,000$ dinyatakan signifikan taraf 0,05. Molby (1998) memperlihatkan adanya hubungan umur terhadap kecemasan pasien fraktur. Pasien yang dikategorikan dewasa lanjut lebih dapat merespon kejadian fraktur dengan coping individu yang baik dibandingkan kelompok umur dibawahnya. ⁽¹⁷⁾

Menurut Haryanto dalam Kuraesin (2009), umur menunjukkan ukuran waktu pertumbuhan dan perkembangan seorang individu. Umur berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi dengan pengetahuan, pemahaman, dan pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap. Kematangan dalam proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkannya untuk menggunakan mekanisme coping yang baik dibandingkan kelompok umur remaja dan dewasa muda. ⁽¹⁷⁾

V.2.3 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.4 memperlihatkan bahwa semua pasien berpendidikan tinggi menderita kecemasan. Pasien dengan pendidikan sedang dan rendah juga memperlihatkan angka kecemasan yang sangat tinggi, yaitu berturut-turut 81,8% dan 95,5% dengan tingkat kecemasan yang paling banyak diderita pada ketiga tingkatan pendidikan tersebut adalah tingkat cemas ringan-sedang.

Tabel 5.4 Hubungan Antara Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kecemasan

Pendidikan		Tingkat Cemas			Total	<i>p value</i>
		Tidak Cemas	Cemas Ringan-Sedang	Cemas Berat		
Rendah	n	1	15	6	22	0,652
	%	4,5%	68,2%	27,3%	100,0%	
Sedang	n	4	11	7	22	
	%	18,2%	50,0%	31,8%	100,0%	
Tinggi	n	0	1	0	1	
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	
Total	n	5	27	13	45	
	%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%	

Dari hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0,652 ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian, *p value* lebih besar dari alpha sehingga H_0 diterima. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Nyi Dewi Kuraesin (2009) dengan responden yang diteliti berjumlah 46 orang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan tingkat kecemasan dengan $p = 0,043$ ($\alpha = 0,05$).

Hasil Riset yang dilakukan Stuarth and Sundden dalam Kuraesin (2009) menunjukkan responden yang berpendidikan tinggi lebih mampu menggunakan pemahaman mereka dalam merespon kejadian fraktur secara adaptif dibandingkan kelompok responden yang berpendidikan rendah. Kondisi ini menunjukkan respon cemas berat cenderung dapat kita temukan pada responden yang berpendidikan rendah karena rendahnya pemahanan mereka terhadap kejadian

fraktur sehingga membentuk persepsi yang menakutkan bagi mereka dalam merespon kejadian fraktur. ⁽¹⁷⁾

V.2.4 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.5 memperlihatkan bahwa angka kejadian kecemasan pada pasien dengan penghasilan keluarga kurang dari satu juta rupiah (93,1%) lebih tinggi dibandingkan pasien dengan penghasilan keluarga lebih dari atau sama dengan satu juta rupiah (81,2%). Berdasarkan tingkat kecemasan, pasien pada kedua kelompok ini paling banyak mengalami tingkat cemas ringan-sedang.

Tabel 5.5 Hubungan Antara Penghasilan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan

Penghasilan Keluarga		Tingkat Cemas			Total	<i>p value</i>
		Tidak Cemas	Cemas Ringan-Sedang	Cemas Berat		
Rendah	n	2	15	12	29	0,036
	%	6,9%	51,7%	41,4%	100,0%	
Tinggi	n	3	12	1	16	
	%	18,8%	75,0%	6,2%	100,0%	
Total	n	5	27	13	45	
	%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%	

Dari hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0,036 ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian, *p value* lebih kecil dari alpha sehingga H_0 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara penghasilan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Nyi Dewi Kuraesin (2009) dengan responden yang diteliti berjumlah 46 orang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan tingkat kecemasan dengan $p = 1,000$ ($\alpha = 0,05$).

Berdasarkan nilai upah minimum regional Sulawesi Selatan pada tahun 2011, penghasilan kurang dari satu juta rupiah per bulan tergolong ke dalam penghasilan rendah. Salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sosial ekonomi, dimana penghasilan merupakan faktor utama yang menjadi landasan untuk menentukan tingkat sosial ekonomi seseorang. Tingkat kecemasan

pada individu dengan penghasilan rendah cenderung lebih tinggi dibandingkan individu dengan penghasilan tinggi.

V.2.5 Hubungan Antara Jenis Penyakit dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.6 memperlihatkan bahwa hampir semua pasien yang memiliki jenis penyakit nefrologi menderita kecemasan (91,7%), dimana separuh dari pasien tersebut dideteksi mengalami tingkat cemas berat. Pasien yang memiliki jenis penyakit gastroenterohepatologi dan jenis penyakit lainnya juga memperlihatkan angka kecemasan yang sangat tinggi, masing-masing 88,5% dan 85,7%, dimana lebih dari separuh diantaranya mengalami cemas ringan-sedang.

Tabel 5. 6 Distribusi Tingkat Kecemasan Berdasarkan Jenis Penyakit

Jenis Penyakit	Tingkat Cemas			Total	<i>p value</i>	
	Tidak Cemas	Cemas Ringan-Sedang	Cemas Berat			
Gastroentero-hepatologi	n	3	16	7	26	0,239
	%	11,5%	61,5%	26,9%	100,0%	
Nefrologi	n	1	5	6	12	
	%	8,3%	41,7%	50,0%	100,0%	
Lainnya	n	1	6	0	7	
	%	14,3%	85,7%	0,0%	100,0%	
Total	n	5	27	13	45	
	%	11,1%	60,0%	28,9%	100,0%	

Dari hasil uji statistik didapatkan *p value* = 0, 239 ($\alpha = 0,05$). Dengan demikian, *p value* lebih besar dari alpha sehingga H_0 diterima. Dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis penyakit dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Harter dkk (2003) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara penyakit fisik dengan kecemasan. Penyakit yang diteliti oleh Harter dkk (2003) yang berhubungan dengan kecemasan, antara lain gastrointestinal, genitourinaria, hipertensi, migrain, dan penyakit jantung.⁽²³⁾

BAB VI

PENUTUP

VI.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis mengenai hubungan antara karakteristik dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Responden pada penelitian ini lebih dari separuhnya berjenis kelamin laki-laki (60%), memiliki penghasilan keluarga yang rendah (64,4%), dan menderita jenis penyakit gastroenterohepatologi (57,8%). Selain itu, sebagian besar responden berumur dewasa antara 26-65 tahun (33,3%) dan berpendidikan rendah dan sedang (48,9%).
2. Sebagian besar responden mengalami cemas ringan-sedang, yaitu sebanyak 60%.
3. Tidak terdapat hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
4. Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
5. Tidak terdapat hubungan antara pendidikan dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
6. Terdapat hubungan antara penghasilan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
7. Tidak terdapat hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

VI.2 Saran

1. Kepada pihak terkait untuk mengevaluasi kebijaksanaan terapi pengobatan hingga mengurangi tingkat kecemasan pada pasien rawat inap ruang perawatan penyakit dalam RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
2. Kepada pasien rawat inap untuk menciptakan suasana yang lebih menenangkan untuk mengurangi tingkat kecemasan.
3. Untuk penelitian selanjutnya agar mengkaji lebih lanjut mengenai tingkat kecemasan pada pasien rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

1. Baihaqi. *Psikiatri : Konsep dasar & gangguan-gangguan*. Bandung : PT. Refika Aditama; 2005.
2. Hardianto H. 2009, *Gangguan Jiwa Harus Ditangani Sejak Awal*, [Online]. Dari : http://www.komnasham.go.id/portal/files/suar_edisi_1_juli_2009.pdf. [19 Juli 2013]
3. Agiananda F. *Problem pengelolaan gangguan jiwa yang lazim*. Cermin Dunia Kedokteran. 2010; Nov; 181 : 586-92.
4. Djamaluddin A dan Suroso FN. *Psikologi islam*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar; 2001.
5. Yosep I. *Keperawatan jiwa*. Bandung : Refika Aditama; 2007.
6. Indonesia. Departemen Kesehatan. *Profil kesehatan Indonesia 2001*. Jakarta : Depkes RI; 2002.
7. Townsend. *Buku saku diagnosis psikiatri (terjemahan)*. Edisi 3. Jakarta : EGC; 1996.
8. Maslim R. *Diagnosis gangguan jiwa*. Jakarta : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya; 2001.
9. Sadock BJ dan Virginia AS. *Kaplan's and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th Ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
10. Miraz L. 2010. Konsep kecemasan, [Online]. Dari : <http://morningcamp.com/?p=237>. [19 Juli 2013.]
11. Mighwar M. *Psikologi remaja*. Bandung : Pustaka Setia; 2006.
12. Asmadi. *Kebutuhan dasar manusia*. Jakarta : Salemba Medika; 2008.
13. Hawari D. *Manajemen stres, cemas, dan depresi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2001.
14. Lukman. 2009. Ansietas pada fraktur. [Online]. Dari : <http://l.blogspot.com>. [2 September 2013.]
15. Yulianti A. Hubungan dukungan psikososial keluarga dengan kepatuhan berobat klien gangguan jiwa di unit rawat jalan rumah sakit jiwa Provinsi Jawa Barat [skripsi]. Bandung : STIKES Jendral Ahmad Yani; 2009.

16. Myers EG. *Social psychology*. Tokyo : McGraw Hill; 1983.
17. Kuraesin ND. Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien yang akan menjalani operasi mayor elektif di ruang rawat bedah RSUP Fatmawati – Jakarta Selatan [skripsi]. Jakarta : UIN Syarif Hidayatullah; 2009.
18. Stuart. *Buku saku keperawatan jiwa* . Jakarta : EGC; 2006.
19. Aris S. *Aspek klinik gangguan kecemasan*. Jakarta : Simposium Nasional Awardness Anxiety Programme; 2000.
20. World, Health Organization. [Online] 2003.
21. Sadock, BJ dan Sadock, VA. *Kaplan's and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10th Ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
22. Tasman. 2008.
23. Indonesia. Departemen Kesehatan. Profil kesehatan Indonesia 2000. Jakarta : Depkes RI; 2000.
24. Rush, et al. 1998.
25. Hickie, et al. 2001.
26. Wikinson. 1995.
27. Lumongga. 2009.
28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Arlington : s.n., 2004. hal. 369-76.
29. Stedman, JK. *Stedman's Medical Dictionary*. USA : Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
30. Morgan, CT, et al. *Introduction to psychology*. 7th Ed. USA : McGraw Hill Co., 1986.
31. Woolfe, R dan Dryden, W. 1998. hal. 530-2.
32. Greenwood, JW dan Greenwood, JW. 1979. hal. 30.
33. Nasution, IK. 2007. *Stres pada remaja*. [Online] Dari : <http://www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3637/1/132316815%281%29.pdf>. [20 Juli 2013.]
34. Quick dan Quick. 1984.
35. Sugiyono. *Memahami penelitian kualitatif*. Jakarta : CV. Alfabeta; 2007.

36. Nursalam. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian*. Jakarta : Salemba Medika; 2008.
37. Notoadmodjo S. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta; 2002.
38. Conway KP, Harter MC, Merikangas KR. *Associations between anxiety disorders and physical illness*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003; Dec; 253 (6) : 313-20.

Kuesioner DASS

Nama :
No. Rekam Medik :

Petunjuk Pengisian : Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan, yaitu:

- 0 : Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau tidak pernah.
- 1 : Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau kadang kadang.
- 2 : Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau lumayan sering.
- 3 : Sangat sesuai dengan saya, atau sering sekali.

Selanjutnya Saudara diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda silang (X)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Saudara selama **satu minggu belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Saudara.

NO.	PERNYATAAN	NILAI			
		0	1	2	3
1	Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena hal-hal sepele.				
2	Saya merasa bibir saya sering kering.				
3	Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif.				
4	Saya mengalami kesulitan dalam bernapas (misalnya sering sekali terengah-engah, atau tidak dapat bernapas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya)				
5	Saya sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan.				
6	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.				
7	Saya merasa goyah (misalnya, kaki terasa mau 'copot')				
8	Saya merasa sulit untuk bersantai.				
9	Saya menemukan diri saya berada dalam situasi yang membuat saya merasa sangat cemas dan saya akan merasa sangat lega jika semua ini berakhir.				
10	Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan				
11	Saya menemukan diri saya mudah merasa kesal.				
12	Saya merasa telah menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas.				
13	Saya merasa sedih dan tertekan.				
14	Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya: kemacetan lalu lintas, menunggu sesuatu).				
15	Saya merasa lemas seperti mau pingsan.				

16	Saya merasa saya kehilangan minat akan segala hal.				
17	Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai manusia				
18	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.				
19	Saya berkeringat secara berlebihan (misalnya: tangan berkeringat), padahal temperatur tidak panas atau tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya.				
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.				
21	Saya merasa bahwa hidup tidak bermanfaat.				
22	Saya merasa sulit untuk beristirahat.				
23	Saya mengalami kesulitan dalam menelan.				
24	Saya tidak dapat merasakan kenikmatan dari berbagai hal yang saya lakukan.				
25	Saya menyadari kegiatan jantung, walaupun saya tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak jantung meningkat atau melemah).				
26	Saya merasa putus asa dan sedih.				
27	Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.				
28	Saya merasa saya mudah panik.				
29	Saya merasa sulit untuk tenang setelah sesuatu membuat saya kesal.				
30	Saya takut bahwa saya akan 'terhambat' oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan.				
31	Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun.				
32	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.				
33	Saya sedang merasa gelisah.				
34	Saya merasa bahwa saya tidak berharga.				
35	Tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan				
36	Saya merasa sangat ketakutan.				
37	Saya melihat tidak ada harapan untuk masa depan.				
38	Saya merasa bahwa hidup tidak berarti.				
39	Saya menemukan diri saya mudah gelisah.				
40	Khawatir dengan situasi saat diri anda menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri.				
41	Saya merasa gemetar (misalnya : pada tangan).				
42	Saya merasa sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu.				

Pertanyaan tambahan:

- a. Kondisi kesehatan/penyakit saya saat ini:
 0. Tidak tahu sama sekali
 1. Tahu nama penyakit, tapi tidak paham
 2. Tahu nama penyakit dan memahami kondisi yang ditimbulkannya
 3. Memahami penyakit dan rencana terapi serta konsekuensinya

- b. Optimisme terhadap penyakit:
 - 0. Tidak ada harapan sembuh
 - 1. Butuh waktu lama, perbaikan kondisi hanya di bawah 60%
 - 2. Butuh waktu lama, perbaikan kondisi 70—80%
 - 3. Segera membaik, perbaikan 90—100%
- c. Saya menganggap selama sakit, dukungan keluarga:
 - 0. Tidak ada dukungan sama sekali
 - 1. Dukungan kurang
 - 2. Dukungan cukup
 - 3. Dukungan baik
- d. Saya menganggap pelayanan kesehatan di rumah sakit ini:
 - 0. Buruk
 - 1. Kurang
 - 2. Cukup
 - 3. Baik

(Harap diperiksa kembali, jangan sampai ada yang terlewatkan. Terima kasih)

Diisi oleh peneliti

Umur	
JK	
Pendidikan	
Penghasilan	
D/ fisik	
Lama perawatan	
D/CLP	
Skor	D :
	A :
	S :
Persepsi	
Optimisme	
Duk. keluarga	
Yanmed	
VAS	
Kel.	

Data Penelitian

No.	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Penghasilan Keluarga	Jenis Penyakit	Skor Cemas
1	Nursiah	68	perempuan	sd	<1jt	geh	8
2	Erna	37	perempuan	smp	<1jt	gh	24
3	Rosna	46	perempuan	sma	<1jt	geh	9
4	Dorce	48	perempuan	tdk ada	<1jt	geh	10
5	Hamida Dg. Ngati	77	perempuan	tdk ada	<1jt	geh	14
6	Junaeda	38	perempuan	sd	<1jt	geh	14
7	Hj. Kerra	93	perempuan	tdk ada	<1jt	gh	18
8	Nursia	40	perempuan	sma	>1jt	geh	8
9	Adriani	25	perempuan	sma	<1jt	gh	12
10	Hamsia	53	perempuan	sd	<1jt	hema	9
11	Mira	32	perempuan	sma	<1jt	gh	13
12	Rahmawati	49	perempuan	smp	<1jt	gh	7
13	Yunus Tangnga	69	laki-laki	tdk ada	<1jt	geh	14
14	Sabile	25	laki-laki	sd	>1jt	hema	10
15	Subardi	53	laki-laki	sd	<1jt	geh	9
16	Juhariah	53	perempuan	sd	<1jt	geh	7
17	Sitti	48	perempuan	sd	<1jt	infeksi	11
18	Elisabeth Dense	49	perempuan	sd	<1jt	gh	9
19	Santi	27	perempuan	sma	>1jt	gh	17
20	Haniah	40	perempuan	sma	<1jt	gh	9
21	Endang Setiawati	52	perempuan	sma	<1jt	geh	9
22	Andi Muh. Fadhil Muafaq	18	laki-laki	sma	>1jt	infeksi	6

23	Tabo	67	laki-laki	sd	<1jt	geh	18
24	Dg. Tompo	52	laki-laki	sd	<1jt	geh	12
25	Muh. Nur Dg. Ngampa	55	laki-laki	smp	>1jt	geh	16
26	Syamsuddin Dg. Sese	55	laki-laki	tdk ada	<1jt	geh	16
27	Muh. Buna L.	60	laki-laki	sd	<1jt	geh	20
28	Sulman	44	laki-laki	smp	>1jt	geh	13
29	Abdul Kadir	41	laki-laki	sd	<1jt	geh	9
30	Baco	60	laki-laki	sd	<1jt	n	10
31	Abdul Razak	42	laki-laki	S1	>1jt	hema	13
32	Edi Zul	41	laki-laki	smp	>1jt	geh	10
33	Amir Dg. Rani	44	laki-laki	smp	>1jt	geh	6
34	Abdul Rahman	59	laki-laki	sd	>1jt	gh	21
35	Mashar	39	laki-laki	smp	>1jt	gh	15
36	Muhidding	54	laki-laki	sma	>1jt	em	8
37	Sumang	61	laki-laki	sd	<1jt	geh	10
38	Sudirman	27	laki-laki	sma	>1jt	geh	6
39	Amir Yahya	56	laki-laki	sma	<1jt	gh	14
40	Supardi	47	laki-laki	smp	>1jt	gh	16
41	Alexander	51	laki-laki	sd	<1jt	geh	18
42	Mahmud	41	laki-laki	smp	>1jt	geh	17
43	Sukarno	43	laki-laki	smp	<1jt	geh	19
44	Kabar	73	laki-laki	sd	<1jt	geh	8
45	Yohanes Sampe	79	laki-laki	sma	>1jt	geh	8

Profil Penulis

Nama Lengkap : Andini Febriyanda
NIM : C 111 08 151
Tempat, tanggal lahir : Makassar, 8 Februari 1991
Agama : Islam
Alamat : Jln. Monginsidi Baru Komp. Puri Mutiara III/38
Makassar

Pendidikan :

- SDN Sudirman I Makassar (1996-2002)
- SLTPN 6 Makassar (2002-2005)
- SMAN 2 Tinggimoncong (2005-2008)
- Jurusan Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar (2008-2011)
- Program Pendidikan Profesi Dokter (2011-sekarang)

Nama Orang Tua :

- Ayah : drg. H. Joko Erianggo
- Ibu : drg. Hj. Elizar Fatmi

