

**SKRIPSI**

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN  
DIRUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR WAHIDIN  
SUDIROHUSODO MAKASSAR**



**IRDIANI WIJAYA LISTARIANI**

**C12109111**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

## **SKRIPSI**

### **GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DIRUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

*Skripsi ini Disusun dan Diajukan sebagai Syarat untuk Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan  
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin Makassar*



**DISUSUN OLEH :**

**IRDIANI WIJAYA LISTARIANI**

**C121 09 111**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Judul Skripsi :**

**“GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN  
DIRUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR WAHIDIN  
SUDIROHUSODO MAKASSAR”**

Yang disusun dan diajukan oleh :

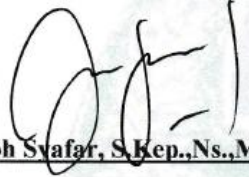
IRDIANI WIJAYA LISTARIANI

NIM : C121 09 111

Disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Hasil Program Studi  
Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

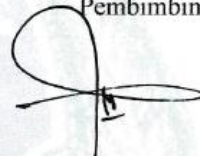
Dosen pembimbing

Pembimbing I



Moh Syafar, S.Kep.,Ns.,MANP

Pembimbing II



Wa Ode Nur Isnah S. S.Kep.,Ns.,M.Kes

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin



Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN  
DIRUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUP DR WAHIDIN  
SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada

Hari/Tanggal : Kamis, 30 Mei 2013

Pukul : 01.30 WITA

Oleh

**IRDIANI WIJAYA LISTARIANI**

**C121 09 111**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan**

**LULUS**

Tim Penguji Akhir

- |                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| 1. Inchi Kurniaty Kusri, S.Kep.,Ns    | (.....) |
| 2. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes  | (.....) |
| 3. Moh Syafar S, S,Kep.,Ns.,MANP      | (.....) |
| 4. Wa Ode Nur Isnah, S.Kep.,Ns.,M.Kes | (.....) |

MENGETAHUI

An. Dekan  
Wakil Dekan Bidang Akademik  
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Prof. dr. Budu, Ph.D., Sp.M(K), M.MedEd  
NIP 19661231 199503 1 009

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Hasanuddin

  
Dr. Werna Nontji, S.Kp, M.Kep  
NIP 19500114 197207 2 001

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Irdiani Wijaya Listariani

NIM : C121 09 111

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah hasil karya sendiri, bukan hasil pemikiran orang lain. Apabila suatu hari nanti terbukti ataupun bisa dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil karya orang lain, maka saya bersedia mendapatkan sanksi yang sesuai atas perbuatan saya yang tidak terpuji ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari orang lain.

Makassar, 30 Mei 2013

Yang Membuat Pernyataan

  
( irdiani wijaya Listariani )

## **KATA PENGANTAR**

Puji Syukur penulis ucapkan pada Allah SWT. karena atas Rahmat dan Hidayah-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ”Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Penulis menyadari bahwa dalam penelitian dan penulisan skripsi ini terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan dan masih kurangnya pengetahuan yang penulis miliki, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari para pembaca sebagai pelengkap dari kesempurnaan skripsi ini.

Dalam penelitian dan penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan limpahan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi,Sp.B.,Sp.BO yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. dr.Irawan Yusuf,Ph.D yang memberikan kepada penulis kesempatan untuk menjadi mahasiswi di Fakultas Kedokteran Unhas.
3. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep. yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjadi mahasiwi di Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unhas.

4. Moh Syafar, S.Kep.,Ns.,MANP dan Wa Ode Nur Isnah S, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku tim pembimbing selama penulis melakukan penelitian dan penulisan skripsi ini.
5. Inchi Kurniaty Kusri, S.Kep.,Ns. dan Kadek Ayu Erika, S. Kep.,Ns.,M.Kes selaku tim penguji dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Ayahanda tersayang H. ABD Kadir Tang, SH. dan Ibunda tercinta Hj. Sitti Suhaedah yang sangat penulis cintai, serta saudaraku Irianty Eka Listariani Kadir, SH. yang selalu menjadi penyemangat untuk penulis dalam melanjutkan pendidikan di bangku perkuliahan hingga akhir masa perkuliahan dan penulisan skripsi ini.
7. Moch. Fadly Riansyah orang spesial yang selalu memberikan semangat dalam penulisan skripsi.
8. Seluruh staf dosen, staf akademik, dan staf administrasi PSIK FK UNHAS yang senantiasa memfasilitasi kelancaran penelitian dan penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman FIDELITY 09 PSIK FK Unhas yang selalu menemani penulis selama perkuliahan, terima kasih untuk pengalaman dan motivasinya selama ini.
10. Teman-teman KKN-PK Angkatan 41 Turatea, yang sudah menghibur selama penulisan skripsi.
11. Teman – temanku ( Nur, ila, ratna ayu, k'one heart) yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi.
12. Saudara-saudaraku (enold, ika, fakri, ely, ophy, rahayu), yang selalu menemani penulis baik suka maupun duka.

13. Semua partisipan yang telah bersedia menjadi responden selama penelitian.
14. Bunda yang telah bersedia untuk memberikan informasi dipergustakaan selama pembuatan skripsi dan penelitian.
15. Semua pihak yang turut membantu pelaksanaan pembuatan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Akhir kata, penulis mengucapkan banyak terima kasih dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan instansi terkait serta ilmu pengetahuan.

Makassar, 30 Mei 2013



Penulis



## ABSTRAK

**Irdiani Wijaya Listariani. Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Rsup Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar** dibimbing oleh Ns Syafar dan Ns Isnah. (xi + 48 halaman + 3 tabel + 3 Bagan + 7 lampiran)

**Latar belakang:** Kecemasan merupakan pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas, tegang, dan emosi yang dialami seseorang. Kecemasan adalah suatu keadaan tertentu (*state anxiety*), yaitu menghadapi sesuatu yang tidak pasti dan tidak menentu terhadap kemampuannya dalam menghadapi objek tersebut. Hal tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh individu dan bukan merupakan kecemasan yang melekat pada kepribadian. Kecemasan sebagai sesuatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental kesukaran dan tekanan yang menyertai konflik atau ancaman (Ghufron,2010).

**Tujuan:** Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

**Metode:** Penelitian kuantitatif ini untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang instalasi gawat darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan metode *Consecutive sampling* dan diperoleh jumlah sampel pada penelitian ini adalah 93 responden, di ruang Insatalsi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

**Hasil:** tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar menunjukkan bahwa mayoritas responden yang mengalami kecemasan sebanyak (69.9 %) sedangkan yang tidak mengalami kecemasan adalah sebanyak (30.1 %).

**Kesimpulan & Saran:** hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa lebih dari setengah responden (69.9 %) mengalami kecemasan sedangkan kurang dari setengah responden (30.1 %) tidak mengalami kecemasan.

**Kata kunci** : *kecemasan, keluarga pasien, instalasi gawat darurat.*

**Sumber Literatur** : *33 (1998 sampai 2012)*

## ABSTRACT

**Irdiani Listariani Wijaya. Anxiety level overview of Family Patient In Hospital Room Makassar Dr Wahidin Sudirohusodo guided by Syafar Ns and Ns Isnah. (xi + 48 pages + 3 tables + 3 + 7 attachments Chart)**

**Background:** Anxiety is an unpleasant subjective experience of the worries or tensions which can be feelings of anxiety, tension, and emotions experienced by someone. Anxiety is a particular situation (state anxiety), which is dealing with something that is uncertain and erratic on his ability to face and solve that object. It is a rather unpleasant emotions experienced by an individual and not an inherent anxiety in personality. Anxiety as something subjective experience of the mental tension and pressure that accompanies hardship conflict or threat.

**Objective:** To determine the anxiety level overview of the patient's family in the emergency room department Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

**Methods:** Quantitative research is to describe the anxiety level of the patient's family in the emergency department of a Hospital Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar. This research is a descriptive study Consecutive sampling method and obtained the number of samples in this study were 93 respondents, in the space Insatalsi Emergency Hospital Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

**Results:** The level of anxiety in the patient's family Wahidin Hospital Dr Sudirohusodo Makassar showed that the majority of respondents who experienced as much anxiety (69.9%) whereas anxiety is not experienced as many (30.1%).

**Conclusions & Suggestions:** results of this study it can be concluded that more than half of the respondents (69.9%) had anxiety while less than half of the respondents (30.1%) did not experience anxiety.

**Keywords:** anxiety, patients' families, emergency department.

Sources Literature: 33 (1998 to 2012)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	4

### BAB II TINJAUAN PENELITIAN

A. Tinjauan Tentang Kecemasan.....	6
1. Pengertian Kecemasan.....	6
2. Macam-macam Kecemasan.....	7
3. Tingkat Kecemasan dan Rentang Respon.....	8
4. Faktor Predisposisi.....	13

5. Faktor Presipitasi .....	14
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kecemasan.....	15
7. Reaksi Kecemasan.....	17
8. Mekanisme Koping .....	18
B. Tinjauan Tentang Keluarga.....	18
1. Pengertian Keluarga .....	18
2. Fungsi Keluarga.....	19
3. Tipe Keluarga .....	19
C. Tinjauan Tentang Instalasi Gawat Darurat.....	21
1. Pengertian Gawat Darurat .....	21
2. Instalasi Gawat Darurat.....	23

### BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep .....	26
--------------------------	----

### BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian .....	27
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	27
1. Lokasi Penelitian.....	27
2. Waktu Penelitian .....	27
C. Populasi, Sampel dan Sampling .....	27
1. Populasi .....	27

2. Sampel dan Sampling .....	27
3. Besar Sampel .....	28
D. Alur Penelitian.....	30
E. Variabel Penelitian .....	31
1. Identifikasi Variabel.....	31
2. Defenisi Operasional.....	31
F. Instrumen Penelitian.....	31
G. Pengumpulan Data .....	32
H. Pengolahan Data.....	33
I. Analisa Data .....	33
J. Etika Penelitian .....	33

## BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian .....	35
B. Pembahasan .....	39
C. Keterbatasan Penelitian .....	41

## BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	42
B. Saran.....	42

DAFTAR PUSTAKA .....

LAMPIRAN.....

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan keluarga (n=93) di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar .....	37
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status kecemasan (n=93) di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar .....	39
Tabel 5.3 Gambaran Tingkat Kecemasan responden berdasarkan variabel umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan hubungan keluarga (n= 93) di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar .....	40

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Rentang Respons Kecemasan .....	9
Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar .....	26
Bagan 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar .....	52

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner Kecemasan
- Lampiran 5 Master Tabel
- Lampiran 6 Uji Validitas
- Lampiran 7 Hasil Analisis Univariat
- Lampiran 8 Surat Izin/Rekomendasi Penelitian



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kecemasan adalah suatu sinyal yang dapat menyadarkan seseorang untuk memperingatkan adanya bahaya yang dapat mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman yang sumbernya tidak diketahui, tertutup, tidak jelas (samar-samar), atau konfliktual (Ibrahim, 2004).

Kecemasan dapat merupakan suatu kondisi yang wajar namun dapat pula merupakan kondisi yang tidak wajar, dapat merupakan suatu tanda atau gejala dari suatu penyakit. Kondisi cemas dapat dikatakan wajar apabila dapat ditoleransi oleh individu yang mengalami, dalam arti cemas itu akan hilang dengan sendirinya bila kondisi yang mencetuskannya telah berlalu atau telah diselesaikan. Bila peristiwa yang mencetuskan telah berlalu namun individu masih merasakan kecemasan berlebihan maka kecemasan tersebut merupakan kecemasan yang tidak wajar (Sylvia, 2008).

Pasien dan keluarga saat masuk rumah sakit juga dihadapkan pada situasi yang baru, yaitu tenaga kesehatan dan pasien lainnya, situasi di ruangan dan lingkungan rumah sakit, tindakan-tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap pasien, atau pasien dalam keadaan gelisah, berteriak-teriak ataupun pasien yang mengamuk. Kondisi ini, membuat keluarga menjadi cemas dan khawatir, keadaan dan peraturan rumah sakit yang berbeda dengan kebiasaan pasien di rumah (Isaacs, 2004). Faktor tersebut yang dapat

menimbulkan kecemasan keluarga, terutama yang belum pernah masuk rumah sakit.

Gawat Darurat merupakan keadaan dimana penderita memerlukan pemeriksaan medis segera. Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit yang harus memberikan pelayanan darurat dirumah sakit kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan sesuai dengan standar. Menurut (Dermawan, 2008 dikutip dalam Hernah, S. 2010), keluarga pasien yang baru di rawat di IGD akan mengalami cemas yang ditunjukkan oleh perilaku sering bertanya atau tidak bertanya sama sekali, marah, tingkah laku mencari perhatian. Kecemasan juga biasanya mempengaruhi cara orang menyerap apa yang sedang disampaikan. Fenomena seperti ini bagi perawat adalah hal yang biasa, tetapi bagi klien dan keluarganya ruang IGD sangat menakutkan dan aneh. Oleh karena itu perawat yang bertugas di IGD harus empati, tulus, kongkrit, menghormati pasien/keluarga dan menjadi pendengar aktif ( Isaacs, 2004).

Rumah Sakit Umum Provinsi Dr Wahidin Sudirohusodo (RSUPWS) merupakan salah satu rumah sakit yang menjadi pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat di Sulawesi Selatan. RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo juga memiliki Instalasi Gawat Darurat untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang mengalami kecelakaan dan penyakit akut kronik. Pasien yang masuk ke RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo akan memperoleh pelayanan pertama kali di ruang IGD. Pada bulan November tahun 2012 IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo menerima 1385 pasien (Rekam Medik

RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo, 2012). Berdasarkan studi pendahuluan peneliti, bahwa Kapasitas Ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo hanya memperbolehkan 1 (satu) orang untuk menjaga 1 (satu) pasien untuk menjaga kenyamanan dan ketertiban ruang IGD sehingga pelayanan bisa diberikan secara maksimal.

Melihat keadaan diatas, perawat sebagai lini terdepan dari pelayanan kesehatan diharapkan untuk terus mengembangkan profesionalisme, agar dapat meminimalkan respon psikososial negatif keluarga. Salah satu upaya untuk meminimalkan respon psikososial negatif tersebut adalah memberikan penjelasan pada keluarga dengan menggunakan bahasa dan kata-kata yang sederhana mengenai kondisi pasien dan tindakan-tindakan yang diperhatikan.

Dari uraian diatas bahwa saat pasien dirawat di IGD keluarga akan mengalami kecemasan akan keselamatan pasien. Maka penulis merasa perlu untuk melakukan penelitian tentang gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Kecemasan merupakan suatu kondisi emosional yang menimbulkan perasaan tidak senang, ditandai dengan perasaan subjektif seperti rasa tegang, takut, dan khawatir. Pasien dan keluarga yang masuk rumah sakit juga akan mengalami kecemasan akan apa yang akan terjadi pada pasien berhubungan penyakitnya dan juga mengalami keadaan yang berbeda dengan di rumah. Keluarga pasien sering bertanya atau bahkan tidak bertanya sama sekali serta tidak menyerap apa yang disampaikan dari pihak rumah sakit, hal ini akan

mengganggu proses perawatan pasien di IGD.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti merumuskan masalah penelitian ini melalui pertanyaan penelitian Bagaimanakah gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

### **C. Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan masukan kepada pengelola pendidikan keperawatan untuk lebih mengenal gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien baru yang dirawat di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### 2. Manfaat Bagi tempat Penelitian

Sebagai masukan bagi perawat yang bertugas diruang IGD untuk meningkatkan pelayanannya, agar dapat mengurangi tingkat kecemasan bagi keluarga pasien baru yang dirawat di ruang IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.

#### 3. Manfaat Bagi Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya sebagai bahan tambahan dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang gambaran kecemasan keluarga pasien yang dirawat di IGD.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Tentang Kecemasan**

##### **1. Pengertian Kecemasan**

Kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasrti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak objek yang spesifik kecemasan secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2007).

Menurut suliswati dkk (2005) kecemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan dialami oleh makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari.

Kecemasan merupakan pengalaman subjektif yang tidak menyenangkan mengenai kekhawatiran atau ketegangan berupa perasaan cemas, tegang, dan emosi yang dialami seseorang. Kecemasan adalah suatu keadaan tertentu (*state anxiety*), yaitu menghadapi sesuatu yang tidak pasti dan tidak menentu terhadap kemampuannya dalam menghadapi objek tersebut. Hal tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh individu dan bukan merupakan kecemasan yang melekat pada kepribadian. Kecemasan sebagai sesuatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental kesukaran dan tekanan yang menyertai konflik atau ancaman (Ghufron,2010).

Kecemasan (anxiety) adalah penjelmaan berbagai proses emosi yang bercampur-baur, yang terjadi manakala seseorang sedang mengalami berbagai tekanan-tekanan atau ketegangan (stress) seperti perasaan (frustrasi) dan pertentangan batin (konflik batin). Perasaan yang timbul karena ada dua sebab, pertama dari apa yang disadari seperti rasa takut, terkejut, tidak berdaya, merasa terancam, dan sebagainya. Kedua yang terjadi diluar kesadaran dan tidak mampu menghindari perasaan yang tidak menyenangkan (Prasetyono, 2007).

Kecemasan/ansietas dapat terjadi bila pasien atau keluarga pasien mengalami suatu proses pada perubahan status kesehatan seperti, perubahan peran fungsi, status sosioekonomi dan lingkungan, pola interaksi, kebutuhan yang tidak terpenuhi, perubahan kehidupan yang baru serta kehilangan teman/orang terdekat. Tingkah laku bervariasi seperti, ketegangan wajah, tremor tangan, fokus pada diri dan kurangnya minat dalam aktivitas. Hal ini dapat dibuktikan dengan ketakutan pada pasien atau keluarga pasien, susah beristirahat, banyak bertanya, tidak tenang (mondar-mandir), aktivitas yang tidak bertujuan dan insomnia (Doengus, 2000).

## **2. Macam-macam Kecemasan**

Kecemasan merupakan hal yang tidak lepas dari kehidupan manusia terkait . Freud (dalam Anwar, 2009) membagi kecemasan menjadi 3 (tiga), yaitu :

a. Kecemasan Obyektif

Merupakan kecemasan yang timbul akibat seseorang menyadari bahwa ada sumber bahaya pada lingkungan tempatnya berada.

b. Kecemasan Psikotis

Kecemasan yang muncul karena pertahanan ego yang terancam akan dikalahkan oleh insting Id untuk memenuhi keinginan-keinginan yang pemuasannya bertentangan dengan masyarakat namun ego berusaha untuk menekannya.

c. Kecemasan Moral

Merupakan kecemasan yang muncul karena rasa ego mengerjakan sesuatu atau berpikir yang bertentangan dengan norma-norma dan moral yang dianut masyarakat sehingga seseorang merasa berdosa dan malu.

**3. Tingkat Kecemasan dan rentang respons cemas**

Menurut Peplau ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, berat, dan panik (Suliswati dkk, 2005).

a) Kecemasan Ringan

Dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indera. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

b) Kecemasan Sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu arahan orang lain.

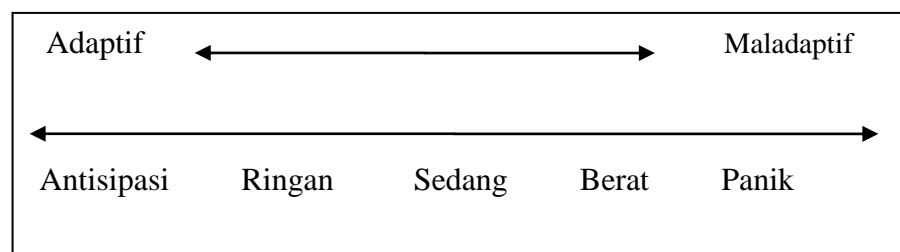
c) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi Individu sangat sempit pusat perhatiannya pada detail yang kecil (spesifik) dan tidak dapat berpikir tentang hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain.

d) Panik

Individu Kehilangan kendali diri dan detail perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktifitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.

Stuart dan Sundeen (1998) mengatakan rentan respon individu berfluktuasi antara respon adaptif dan maladaptive seperti :



Bagan 2.1 Rentang Respons Cemas



Stuart (2005) memberikan suatu penelitian respon fisiologis dan respons perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan meliputi:

a. Sistem Kardiovaskuler

Respon yang terjadi adalah palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, Denyut nadi menurun.

b. Sistem Pernapasan

Respon yang terjadi adalah napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-enggah.

c. Sistem Neuromuskuler

Respon yang terjadi adalah refleks meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan yang janggal.

d. Sistem Gastrointestinal

Respon yang terjadi adalah kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, diare.

e. Sistem Saluran perkemihan

Respon yang terjadi adalah tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.

f. Sistem *Integument* (Kulit)

Respon yang terjadi adalah wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

g. Sistem Perilaku

Respon yang terjadi adalah gelisah, ketegangan fisik, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghindar, melarikan diri dari masalah, sangat waspada.

h. Sistem Kognitif

Respon yang terjadi yaitu perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, lapangan persepsi menurun, preokupasi, bingung, sangat waspada, kehilangan, objektivitas, takut kehilangan kendali.

i. Sistem Afektif

Respon yang terjadi yaitu mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kekhawatiran, kecemasan, rasa bersalah.

Menurut Hawari (2004) instrumen lain yang dapat digunakan untuk mengukur skala kecemasan adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yaitu mengukur aspek kognitif dan afektif meliputi:

- a. Perasaan cemas ditandai dengan: cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan ditandai oleh: merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat nyenyak, mudah terkejut, mudah menangis, gelisah, gemeteran, mudah terkejut.
- c. Ketakutan ditandai oleh: ketakutan gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang yang baru dikenal, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ditandai oleh: Sukar mulai tidur, bangun malam hari, tidak tidur nyenyak, suka mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.
- e. Gangguan kecerdasan ditandai oleh: daya ingat buruk, daya ingat menurun, sulit berkonsentrasi.
- f. Perasaan depresi ditandai oleh: kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah-ubah pada malam hari.
- g. Gejala somatik ditandai oleh: nyeri pada otot, kaku, kedutaan otot, gigi gemeretak, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik ditandai oleh: telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lelah, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler ditandai oleh: Denyut nadi cepat, berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap.

- j. Gejala pernapasan ditandai oleh: Rasa tertekan di dada, pernapasan tercekik, merasa nafas pendek/sesak, sering menarik nafas panjang.
- k. Gejala gastrointestinal di tandai oleh: sulit menelan, mual, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, rasa panas di perut, perut terasa kembung atau penuh, muntah, berat badan menurun, konstipasi (sukar buang air besar).
- l. Gejala urogenital ditandai oleh: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, masa haid berkepanjangan, masa haid sangat pendek.
- m. Gejala otonom ditandai oleh: mulut kering, muka merah kering, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala tersa berat, bulu-bulu berdiri.
- n. Perilaku sewaktu wawancara ditandai oleh: gelisah, tidak tenang, jari gemetaran, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

#### **4. Faktor Predisposisi**

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan (Stuart, 2007).

- a. Dalam pandangan psikoanalitis, adalah konflik emosional yang terjadi antara dua element kepribadian id dan superego. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua element yang bertentangan.
- b. Dalam pandangan interpersonal, kecemasan dapat timbul dari perasaan takut terhadap penolakan interpersonal. Kecemasan dapat juga berhubungan dengan perkembangan.

- c. Menurut pandangan perilaku, sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- d. Kajian keluarga menyatakan bahwa gangguan kecemasan juga tumpah tindih antara gangguan kecemasan dengan depresi.
- e. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor untuk benzodiazepine, obat-obat yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama (GABA) yang berperan dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan.

## **5. Faktor Presipitasi**

Stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Stressor presipitasi kecemasan dapat di kelompokkan menjadi dua bagian (Suliswati dkk, 2005) :

- a. Ancaman terhadap integritas fisik:
  - 1) Sumber internal, meliputi kegagalan imun mekanisme fisiologis system imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal.
  - 2) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.
- b. Ancaman terhadap harga diri:
  - 1) Sumber internal: kesulitan dalam berhubungan interpersonal dirumah dan ditempat kerja, penyesuaian terhadap peran yang baru. Ancama terhadap integritas fisik dapat juga mengancam harga diri.

- 2) Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan tekanan sosial budaya.

## **6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan**

- a. Pengalaman negatif pada masa lalu

Pengalaman ini merupakan hal yang tidak menyenangkan pada masa lalu mengenai peristiwa yang dapat terulang lagi pada masa mendatang, apabila individu tersebut menghadapi situasi atau kejadian yang sama dan juga tidak menyenangkan.

- b. Pikiran yang tidak rasional

Para psikolog memperdebatkan bahwa kecemasan bukan karena suatu kejadian, melainkan kepercayaan atau keyakinan tentang kejadian itulah yang menjadi penyebab kecemasan (Ghufroon, 2010).

Dalam Stuart dan Sundeen (2000), faktor-faktor yang kecemasan adalah sebagai berikut:

- 1) Usia

Usia mempengaruhi psikologi seseorang, semakin tinggi usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang serta kemampuan dalam menghadapi berbagai persoalan.

- 2) Status kesehatan jiwa dan fisik

Kelelahan fisik dan penyakit dapat menurunkan mekanisme pertahanan alami seseorang.

### 3) Nilai-nilai budaya dan spiritual

Budaya dan spiritual mempengaruhi cara pemikiran seseorang. Religiusitas yang tinggi menjadikan seseorang berpandangan positif atas masalah yang dihadapi.

### 4) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan, semakin tingkat pendidikannya tinggi akan berpengaruh terhadap kemampuan berpikir.

### 5) Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan, ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif sebagai penyebab perilaku patologi.

### 6) Dukungan sosial

Dukungan sosial dari lingkungan sebagai sumber koping, dimana kehadiran orang lain dapat membantu seseorang mengurangi kecemasan dan lingkungan mempengaruhi area berpikir seseorang.

### 7) Tahap perkembangan

Pada tingkat perkembangan tertentu terdapat jumlah dan intensitas stressor yang berbeda sehingga menjadi stres pada tiap perkembangan berbeda. Pada tingkat perkembangan individu membentuk kemampuan adaptasi yang semakin baik terhadap stres.

#### 8) Pengalaman masa lalu

Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi stressor yang sama.

#### 9) Pengetahuan

Ketidaktahuan dapat menyebabkan kecemasan dan pengetahuan dapat digunakan untuk mengatasi masalah.

### **7. Reaksi Kecemasan**

Kecemasan dapat menimbulkan reaksi konstruktif maupun destruktif bagi individu.

#### a. Konstruktif

Individu termotivasi untuk belajar mengadakan perubahan terhadap perasaan tidak nyaman dan berfokus pada kelangsungan hidup.

#### b. Destruktif

Individu bertindak laku maladaptif dan disfungsional.

### **8. Mekanisme Koping**

Menurut Stuart dan Laraia (2005) mekanisme koping merupakan cara yang digunakan individu dalam menghadapi masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Mekanisme koping dibagi menjadi 2 (dua), yaitu:

#### a. Reaksi yang berorientasi pada tugas

Upaya yang didasari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan secara realistis. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan dan mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan.



Perilaku menyerang digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.

b. Mekanisme Pertahanan Ego

Membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang, tetapi mekanisme tersebut berlangsung secara relative pada tingkat sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini merupakan respon maladaptif terhadap stress.

## **B. Tinjauan Tentang Keluarga**

### **1. Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (WHO dikutip dalam Setiadi, Fungsi keluarga 2008).

### **2. Fungsi Keluarga**

menurut Dermawan (2008).

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga sebagai dasar kekuatan keluarga. Terkait dengan saling mengasihi, saling mendukung dan saling menghargai antara anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi adalah fungsi yang mengembangkan proses interaksi dalam keluarga. Sosialisasi di mulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi adalah meneruskan keturunan dan menambahkan sumber daya manusia.

d. Fungsi Ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggotanya yaitu: sandang, pangan, dan pangan.

e. Fungsi Perawatan Keluarga adalah fungsi keluarga untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dan merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

### 3. Tipe Keluarga

Pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu (Setiadi, 2008) :

a. Secara Tradisional

- 1) Keluarga inti (*Nuklear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi)

b. Secara Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatkan rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain di atas, adalah (Setiadi, 2010) :

1. *Reconstituted Nuklear*

Pembentukan keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, yang tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru yang keduanya dapat bekerja diluar rumah.

2. *Middle Age / Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, dan istri di rumah kedua-duanya kerja di rumah. Anak-anak yang sudah meninggalkan rumah karena sekolah, perkawinan, dan meniti karier.

3. *Single Parent*

Seseorang yang telah tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

4. *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak ada rasa ingin menikah.

5. *Colitotian Coiple*

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ada ikatan petkawinan.

## 6. *Gay and lesbian family*

Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

### **C. Tinjauan Tentang Instalasi Gawat Darurat**

#### **1. Pengertian Gawat Darurat**

Gawat darurat adalah suatu keadaan yang mana penderita memerlukan pemeriksaan medis segera, apabila tidak dilakukan akan berakibat fatal bagi penderita. Instalasi gawat darurat (IGD) adalah salah satu unit di rumah sakit yang harus dapat memberikan pelayanan darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan sesuai dengan standar.

Ruang lingkup gawat darurat dikaitkan dengan rentang gawat darurat mencakup (Sudihardo & Hartono, 2011) :

- a. *Pre Hospital* adalah Kondisi gawat darurat dapat ditangani pada kondisi pra rumah sakit. Hal ini dapat dilakukan dengan cara seperti: mengamankan situasi korban gawat darurat, memberikan bantuan hidup dasar sampai kondisi korban aman, atau dapat melakukan balut bidai pada korban gawat darurat.
- b. *In Hospital* adalah Kondisi di dalam rumah sakit. Pada situasi seperti ini, korban sudah masuk dalam lingkungan rumah sakit tentunya hal ini akan menjadi tanggung jawab petugas kesehatan dalam memberikan bantuan medis bagi korban. Pada tahap ini, tindakan menolong korban gawat darurat dilakukan oleh petugas kesehatan. Di

rumah sakit pada umumnya ditolong oleh petugas kesehatan di dalam sebuah tim yang multi disiplin ilmu. Tujuan pertolongan di rumah sakit adalah :

1. Memberikan pertolongan professional kepada korban bencana sesuai dengan kondisinya.
  2. Memberikan bantuan hidup dasar dan hidup lanjut.
  3. Melakukan stabilitas dan mempertahankan hemodinamik yang akurat
  4. Melakukan rehabilitasi agar produktivitas korban untuk mengenali kondisinya dengan kelebihan yang dimiliki.
- c. *Post Hospital* adalah keadaan setelah pulang dari rumah sakit dan kembali kepada system permanen. Pada kondisi ini, korban gawat darurat harus tetap di kontrol setelah keluar rumah sakit agar komplikasi yang mungkin terjadi semenjak keluar dari rumah sakit dapat segera ditangani (Sudihardo & hartono, 20011).

## **2. Instalasi Gawat Darurat**

IGD adalah suatu integral dalam satu rumah sakit dimana semua pengalaman pasien yang pernah datang IGD tersebut akan dapat menjadi pengaruh yang besar bagi masyarakat tentang bagaimana gambaran Rumah Sakit itu sebenarnya. Komponen pelayanan yang diberikan kepada IGD terdiri atas perlengkapan elektrikal dan mekanikal serta jenis pengobatan dan jumlah. Kualitas juga mempengaruhi terhadap kegiatan yang berlangsung di dalam ruangan tersebut. Ada 2 (dua) faktor penting,

yaitu manusia sebagai pengguna dan bangunan beserta komponen-komponennya sebagai lingkungan binaan yang mengakomodasi kegiatan manusia. Fungsinya adalah untuk menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang menunjukkan gejala yang bervariasi dan gawat serta juga kondisi-kondisi yang sifatnya tidak gawat. IGD juga menyediakan sarana penerimaan untuk penatalaksanaan pasien dalam keadaan bencana, hal ini merupakan bagian dari perannya di dalam membantu keadaan bencana yang terjadi di tiap daerah (Sudiharto & Sartono, 2011).

IGD menyelenggarakan suatu bentuk pelayanan terhadap pasien gawat darurat selama 24 jam sehari, pelayanan diutamakan pada pasien gawat darurat, selanjutnya bagi pasien yang memerlukan perawatan atau tindakan defenitif, dirujuk ke ruang perawatan sesuai penyakit yang dideritanya (Sudihardo & hartono, 20011).

IGD dipimpin oleh dokter kepala IGD dan dibantu oleh Pembina perawat dan kepala ruangan yang bersertifikat Penolong Pertama Gawat Darurat (PPGD). Tenaga medis dan perawat yang bertugas di IGD mempunyai ketrampilan khusus dibidang pelayanan gawat darurat (Sudiharto & Sartono, 2011).

IGD bekerja sama dengan bagian radiologi, laboratorium, farmasi, ICU dan rawat inap. Pasien dilakukan triage oleh petugas IGD untuk menentukan beratnya penyakit, trauma dan penatalaksanaannya.

Menurut (Sudiharto & Sartono, 2011) ruang IGD, selain sebagai area klinis, IGD juga memerlukan fasilitas yang dapat menunjang beberapa

fungsi-fungsi penting sebagai berikut: kegiatan ajar mengajar, penelitian/riset, administrasi, dan kenyamanan staff. Adapun area-area yang ada di dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi pasien di IGD adalah : (1) Area administrasi, (2) *Reception/Triage/Waiting area*, (3) *Resuscitation area*, (4) Area Perawat Akut (pasien yang tidak menggunakan ambulans), (5) Area Konsultasi (untuk pasien yang menggunakan ambulans), (6) *Staff work stations*, (7) Area Khusus, misalnya: Ruang wawancara untuk keluarga pasien, Ruang Produser, *Plaster room*, *Apotik*, *Ophthalmology/ENT*, Psikiatri, Ruang Isolasi, Ruang Dekontaminasi, Area ajar mengajar. (8) Pelayanan Penunjang, misalnya: Gudang/Tempat Penyimpanan, Perlengkapan bersih dan kotor, Kamar mandi, Ruang Staff, Tempat Troli Linen, (9) Tempat peralatan yang bersifat mobile *Mobile X-ray equipment bay*, (10) Ruang alat kebersihan. (11) Area tempat makanan dan minuman. (12) Kantor Dan Administrasi, (13) Area diagnostic misalnya medis imaging area laboratorium, (14) Departemen keadaan darurat untuk sementara/bangsas observasi jangka pendek/singkat (opsional), (15) Ruang Sirkulasi.

Ukuran Total IGD dimana total area internal IGD, tidak termasuk bangsal pengamatan dan area internal imaging sekarang ini sebaiknya, harus sedikitnya  $50 \text{ m}^2/1000$  kehadiran tahunan atau  $145 \text{ m}^2/1000$  jumlah pasien yang masuk setahun, ukuran yang manapun boleh dipakai tetapi lebih baik dipilih yang lebih besar. Ukuran yang minimum suatu IGD akan lebih fungsional apabila seluas  $700 \text{ m}^2$ . Total ukuran dan jumlah area

perawatan juga akan dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti: jumlah angka pasien, pertumbuhan yang diproyeksikan, anti pasti perubahan di dalam teknologi, keparahan penyakit, waktu penggunaan laboratorium dan imaging medis, jumlah atau susunan kepegawaian dan struktur (Sudihardo & hartono, 20011).