

**ANALISIS FAKTOR TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN
YANG DIRAWAT DI RUANG ICU RST dr SOEDJONO MAGELANG
TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



MG. Lina Murwidayati

NIM 17.0603.0081

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN YANG
DIRAWAT DIRUANG ICU RST DR. SOEDJONO MAGELANG
TAHUN 2019**

Telah dikoreksi dan disetujui di hadapan Tim Penguji skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang,

Pembimbing I



Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M. Kep.

NIDN.0613097601

Pembimbing II



Ns. Retna Tri Astuti, M. Kep

NIDN.0602067801

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : MG. Lina Murwidayati
NPM : 17.0603.0081
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Analisa Faktor Tingkat Kecemasan Keluarga
Pasien Yang Di Rawat Di Ruang ICU RST dr
Soedjono Magelang Tahun 2019

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Priyo, M. Kep.

NIDN. 0611127601

Penguji II : Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep.

NIDN. 0613097601

Penguji III : Ns. RetnaTriAstuti, M.Kep

NIDN. 0602067801

Mengetahui,

Dekan



Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep.

NIK. 947308063

(.....)
(.....)
(.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 20 Agustus 2019

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : MG Lina Murwidayati
NPM : 17.0603.0081
Tanggal : 22 Agustus 2019



MG Lina Murwidayati
NPM : 17.0603.0081

**LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : MG. LINA MURWIDAYATI
NPM : 17.06.03.0081
Fakultas/ Jurusan : SI KEPERAWATAN
E-mail address : linamurwidayati32@gmail.com

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UM Magelang, Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)* atas karya ilmiah
 LKP/ KP TA/ SKRIPSI TESIS Artikel Jurnal *)
yang berjudul :

ANALISIS FAKTOR TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT DIRUANG ICU RST DR. SOEDJONO MAGELANG TAHUN 2019.

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-Eksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right)* ini Perpustakaan UMMagelang berhak menyimpan, mengalih-media/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/ mempublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UMMagelang, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya.

Dibuat di : Magelang
Pada tanggal : 22 AGUSTUS 2019

Penulis,


MG. LINA MURWIDAYATI

Mengetahui,
Dosen Pembimbing


Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep.

*) : pilih salah Satu

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan mengucap puji syukur kepada Tuhan YME, kupersembahkan karya kecilku ini untuk orang-orang yang kusayangi dan kucintai :

1. Keluarga tercinta. Terima kasih atas dukungan yang telah kalian ciptakan sehingga membuat saya lebih bersemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Almamaterku, terima kasih telah memberikan bekal ilmu kepada penulis.

MOTTO

Jalan sesungguhnya menuju pengembangan diri bukanlah sebuah keajaiban.
Ia lambat dan membutuhkan kekerasan hati, jalan itu dapat dilalui, dan usaha
Anda akan mendapatkan hasilnya. (David Fischman)

Nama : MG LinaMurwidayati
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Analisa Faktor Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Di Rawat Di Ruang ICU RST dr.Soedjono Magelang Tahun 2019

Abstrak

Pemberian perawatan di ICU telah berpusat pada pasien kurang memperhatikan kebutuhan keluarga, Penerimaan pasien ke ICU sering akut, transisi non elektif memunculkan ketidak pastian bagi pasien serta keluarga pasien, sehingga menimbulkan kecemasan pada pasien maupun keluarga pasien. Tujuan dari penelitian ini untuk faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasional dengan desain *cross-sectional*. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *accidental sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 28 responden. Hasil penelitian menunjukkan Umur mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0,019). Jenis kelamin mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0,045) dengan kekuatan keeratn hubungan kuat. Pendidikan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang, (p value = 0,019) dengan kekuatan keeratn hubungan kuat. Komunikasi terapeutik mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0,005), dengan kekuatan keeratn hubungan kuat. Akses informasi tidak mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 1,000). Akses lingkungan tidak mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 1,000). Fasilitas kesehatan tidak mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0,927). Diagnosa penyakit tidak mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0,290), dengan kekuatan keeratn hubungan kuat. Saran kepada rumah saki tmembuat SOP tentang pencegahan kecemasan pada keluarga pasien serta meningkatkan kualitas fasilitas pelayanan seperti ruang tunggu pasien.

Kata Kunci : Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Komunikasi Terapeutik, Akses Informasi, Akses Lingkungan, Fasilitas Kesehatan, diagnosa penyakit, Kecemasan

Name : MG Lina Murwidayati
Study Program : Bachelor of Nursing
Title : The Factor Analysis of Patient Anxiety Level Treated in the ICU RST Room Dr. Soedjono Magelang in the year of 2019

Abstract

Provision of care in the ICU has centered on patients paying less attention to family needs, admission of patients to ICU is often acute, non-elective transitions create uncertainty for patients and their families, causing anxiety to both patients and the patient's family. The purpose of this study is factors related to the family anxiety level of patients receiving treatment in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang. This type of research was a correlational descriptive study with cross-sectional design. The Sampling in this study used the accidental sampling method with a sample size of 23 respondents. The results showed that age affected the level of family anxiety of patients who received treatment in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 0.019). Gender influences the level of family anxiety of patients who receive care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 0.045) with the strength of a strong close relationship. Education effects the level of anxiety of patients' families receiving care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang, (p value = 0.019) with the strength of a strong close relationship. Therapeutic communication effects the level of family anxiety of patients who receive care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. Soedjono Magelang (P value = 0.005), with the strength of a strong close relationship. Access to information dit not effects the level of anxiety of patients' families receiving care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 1,000). The Environmental access dit not effects the level of family anxiety of patients who receive care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 1,000). Health facilities do not effect the level of anxiety of patients' families receiving care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 0.927). Health conditions do not effect the level of anxiety of patients who get care in the ICU (Intensive Care Unit) at RST Dr. SoedjonoMagelang (P value = 0.290), with the strength of a strong close relationship. Suggestions to hospitals make SOPs about prevention of anxiety in patients' families and improve the quality of service facilities such as patient waiting rooms.

Keywords: Age, Gender, Education, Therapeutic Communication, Information Access, Environmental Access, Health Facilities, Health Conditions, Anxiety

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan YME yang telah melimpahkan berkat dan anugerah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis faktor tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang”.

Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam rangka menyelesaikan program ilmu keperawatan di Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penyusunan skripsi ini banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga dapat selesai tepat pada waktunya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis akan menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep. Selaku Dosen pembimbing pertama yang telah banyak memberikan bimbingan dan saran selama penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep. Selaku Dosen pembimbing kedua yang telah banyak memberikan bimbingan dan saran selama penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Priyo, M.Kep. selaku Dosen penguji yang telah menguji proposal maupun hasil skripsi.
5. Seluruh dosen dan staff Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan sampai selesainya penyusunan skripsi ini.
6. Direktur RST Dr. Soedjono Magelang yang memberikan ijin dalam melakukan penelitian ini.
7. Teman-teman satu angkatan program S1 ilmu keperawatan yang telah memberikan motivasi kepada penulis

8. Keluargaku tercinta yang senantiasa mendoakan dan member dorongan moral dan semangat untuk terus belajar.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan kelemahannya. Saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat diharapkan guna perbaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembangunan ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu keperawatan pada khususnya.

Magelang, 22 Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| Halaman Sampul Dalam | i |
| Halaman Persetujuan..... | ii |
| Halaman Pengesahan | iii |
| Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian..... | iv |
| Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi | v |
| Halaman Persembahan dan Motto | vi |
| Abstrak Bahasa Indonesia | vii |
| Abstrak Bahasa Inggris | viii |
| Kata Pengantar | ix |
| Daftar Isi | xi |
| Daftar Tabel | xiii |
| Daftar Gambar..... | xvi |
| Daftar Lampiran | xvii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 6 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 7 |
| 1.5 Keaslian Penelitian..... | 8 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| 2.1 Konsep ICU | 9 |
| 2.2 Kecemasan | 12 |
| 2.3 Kerangka Teori..... | 21 |
| 2.4 Hipotesis..... | 22 |
| | |
| BAB 3 METODE PENELITIAN | 23 |
| 3.1 Rancangan Penelitian | 23 |
| 3.2 Kerangka Konsep | 23 |
| 3.3 Definisi Operasional Penelitian..... | 24 |
| 3.4 Populasi dan Sampel | 26 |
| 3.5 Waktu dan Tempat Penelitian | 27 |
| 3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data | 28 |
| 3.7 Metode Pengolahan dan Analisa Data | 29 |
| 3.8 Etika Penelitian | 33 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| BAB 4 | HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 35 |
| 4.1 | Hasil | 35 |
| 4.2 | Pembahasan..... | 45 |
| 4.3 | KeterbatasanPenelitian..... | 64 |
| BAB V | KESIMPULAN DAN SARAN | 65 |
| 5.1 | Kesimpulan | 65 |
| 5.2 | Saran | 66 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel 1.1 | Keaslian Penelitian | 8 |
| Tabel 3.1 | Definisi Operasional Variabel Bebas..... | 23 |
| Tabel 3.2 | Definisi Operasional Variabel Terikat..... | 25 |
| Tabel 4.1 | Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang..... | 35 |
| Tabel 4.2 | Komunikasi Terapeutik Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 36 |
| Tabel 4.3 | Akses Informasi Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 36 |
| Tabel 4.4 | Akses Lingkungan Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 37 |
| Tabel 4.5 | Fasilitas Kesehatan Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 37 |
| Tabel 4.6 | Diagnosa penyakit Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 38 |
| Tabel 4.7 | Kecemasan Keluarga Pasien ICU di RST Dr. Soedjono Magelang | 38 |
| Tabel 4.8 | Faktor umur terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 39 |
| Tabel 4.9 | Faktor Jenis Kelamin terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 40 |
| Tabel 4.10 | Faktor Pendidikan terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 40 |

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel4.11 | Faktor Komunikasi Terapeutitik terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU(<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 41 |
| Tabel 4.12 | Faktor Akses Informasi terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 42 |
| Tabel4.13 | Faktor Akses Lingkungan terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. Soedjono Magelang | 43 |
| Tabel4.14 | Faktor Fasilitas Kesehatan terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. SoedjonoMagelang | 44 |
| Tabel 4.15 | Faktor Diagnosa penyakit terhadap kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (<i>Intensive Care Unit</i>) di RST Dr. SoedjonoMagelang | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|----------------------|----|
| Gambar 2.1 | Kerangka Teori..... | 21 |
| Gambar 3.1 | Kerangka Konsep..... | 23 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Pengantar Permohonan Studi Pendahuluan
- Lampiran 2. Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3. Lembar Persetujuan Penelitian
- Lampiran 4. Lembar Kesiediaan Menjadi Responden
- Lampiran 5. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 6. Tabulasi Data
- Lampiran 7. Olah Data
- Lampiran 8. Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan ICU diberikan kepada pasien dengan kondisi kritis stabil yang membutuhkan pelayanan, pengobatan dan observasi secara ketat (Dirjen Bina Upaya Kesehatan, 2011). Perawatan diruang ICU dilakukan dengan cepat dan cermat serta pamantauan *hemodinamik* yang terus menerus selama 24 jam. Penggunaan alat-alat diruang ICU sangat diperlukan dalam rangka memperoleh hasil yang optimal. Pasien di ICU dalam keadaan sakit kritis, kehilangan kesadaran atau mengalami kelumpuhan, sehingga segala sesuatu yang terjadi pada pasien hanya dapat diketahui melalui monitoring yang baik dan teratur. Perubahan yang terjadi harus dianalisis secara cermat untuk mendapatkan tindakan atau pengobatan yang tepat.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MEN KES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit. ruang ICU merupakan suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien yang menderita penyakit akut, cedera, beberapa penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis *dubia* yang diharapkan masih *reversible*

Pemberian perawatan di ICU telah berpusat pada pasien kurang memperhatikan kebutuhan keluarga, Penerimaan pasien ke ICU sering akut, transisi non elektif memunculkan ketidakpastian bagi pasien serta keluarga pasien. Paling sering kebutuhan fisiologis pasien menjadi keprihatinan bagi dokter perawatan kritis. Memperhatikan kebutuhan sakit kritis penting selama episode penyakit kritis, namun mengatasi kebutuhan psikologis keluarga pasien pada awal penyakit kritis juga harus diperhatikan (Ronald & Sara, 2010). ICU untuk peraturan kunjungan ke pasien dibatasi dan berbeda dengan unit lain sehingga keluarga akan

mengalami suatu keadaan depresi, kecemasan bahkan gejala trauma setelah anggota keluarganya dirawat di ruang ICU menurut McAdam dan Puntillo dalam Bailey (2009).

Kecemasan terjadi sebagai proses respon emosional ketika pasien atau keluarga merasakan ketakutan, kemudian akan diikuti oleh beberapa tanda dan gejala seperti ketegangan, ketakutan, kecemasan dan kewaspadaan (dalam Pratiwi & Dewi, 2016). Keadaan penyakit kritis menghadapkan keluarga pasien ke tingkat tinggi dari tekanan psikologis. Gejala tekanan psikologis mempengaruhi lebih dari setengah dari anggota keluarga terkena penyakit kritis pasien. Proporsi anggota keluarga mengalami tekanan psikologis yang berat dari penyakit kritis akan terus meningkat, sejalan dengan meningkatnya angka pasien yang dirawat di unit perawatan intensif untuk penggunaan alat bantu nafas yang berkepanjangan (Ronald & Sara, 2010). Beberapa faktor yang berhubungan stres ini, kecemasan situasional muncul dari kekhawatiran tentang penderitaan dan kematian pasien, prosedur, komplikasi dan peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien (Smith & Custard, 2014).

Pengobatan dan perawatan selama di ICU akan menimbulkan dampak psikologi tidak hanya pada pasien namun berdampak pada keluarga. Beban perawatan yang ditanggung keluarga pada anggota keluarga yang mempunyai penyakit kritis dapat berdampak pada kecemasan. Anggota keluarga pasien sakit kritis mengalami tingkat kecemasan tinggi situasional dan stress ketika orang-orang tercinta yang dirawat di ICU. Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas (Yusuf, Fitryasari, & Nihayati, 2014).

Berbagai hasil jurnal penelitian mengemukakan bahwa keluarga dengan anggota keluarga yang mempunyai penyakit kritis menanggung beban perawatan yang tinggi, hal ini dapat berdampak pada kecemasan. Anggota keluarga pasien sakit kritis mengalami tingkat kecemasan tinggi situasional dan stress ketika orang-orang tercinta yang dirawat di ruang rawat intensive (ICU). Beberapa faktor yang berhubungan stress ini, kecemasan situasional muncul dari kekawatiran tentang penderitaan dan kematian pasien akan datang, kekawatiran tentang prosedur, komplikasi dan peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien (Smith & Custard, 2014).

Pasien dan anggota keluarga menjalani pengalaman berbeda dalam menderita gangguan emosional selama tinggal di ICU dan setelah keluar ICU. Kecemasan, depresi dan gangguan stress paska trauma lebih tinggi pada anggota keluarga dari pada pasien, selanjutnya gejala-gejala ini pada anggota keluarga bertahan tiga bulan, sementara menurun pada pasien. Selamat dari Unit Perawatan Intensif mungkin mengalami tekanan psikologis untuk waktu yang lama, biasanya pasien dan anggota keluarga menderita gejala kecemasan, depresi dan stres paska trauma (Fumis, Ranzani, Martins, & Schettino, 2015).

Hadir dengan kritis, kondisi tidak stabil pasien membutuhkan perawatan intensif sering didahulukan dari pada gejolak psikologis yang dialami keluarga mereka. Mengatasi masalah psikologis ini tetap merupakan bagian integral dari pendekatan perawatan kritis yang komprehensif, anggota keluarga memainkan peran penting dalam mempromosikan kesejahteraan psikologis dari kondisi pasien kritis. Kehadiran dan kepedulian keluarga, interaksi yang bermakna dan kolaborasi dengan tim perawatan dapat membantu pasien selama perawatan di ICU. Dengan demikian merupakan tanggung jawab penting dari perawat adalah untuk mengatasi kebutuhan dan keprihatinan anggota keluarga selama di ICU (Bailey, Sabbagh, Loiselle, Boileau, & McVey, 2010).

Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan atau memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman. Faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi menjadi dua meliputi faktor internal (jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pengalaman di rawat) dan eksternal (kondisi medis/diagnosis penyakit, akses informasi, komunikasi terapeutik, lingkungan, fasilitas kesehatan) (Kaplan & Sadock, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pasien yang dirawat di ruang RST Dr. Soedjono Magelang selama 2 minggu yaitu tanggal 30 November sampai 13 Desember 2018 terdapat 20 pasien dengan akut miokard infark. Hasil wawancara dengan keluarga pasien menyatakan semua keluarga pasien menunjukkan kecemasan ketika menunggu keluarganya yang sedang dirawat di ICU, diantaranya ditunjukkan dengan sulit tidur, mudah menangis dan gelisah. Banyak keluarga mengalami kecemasan saat dipanggil oleh perawat ICU karena jam kunjung pasien dibatasi dan tidak boleh ditunggu. Keluarga berprasangka buruk tentang kondisi medis pasien jika dipanggil oleh perawat mereka beranggapan bahwa keluarganya kritis. Disini peran perawat ICU sangat berperan penting dalam komunikasi. Keluarga merasa mendapat akses informasi sangat kurang karena waktu awal masuk rumah sakit dan waktu visit dokter dijelaskan. Keluarga pasien mengeluh saat menunggu pasien merasa kurang nyaman karena tempat tunggu tidak ada fasilitas hiburan dan mengeluh kedinginan saat menunggu keluarga pasien.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka penulis tertarik melakukan penelitian tentang analisis faktor tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang.

1.2 Rumusan Masalah

Pemberian perawatan di ICU telah berpusat pada pasien kurang memperhatikan kebutuhan keluarga, Penerimaan pasien ke ICU sering akut, transisi non elektif memunculkan ketidakpastian bagi pasien serta keluarga pasien, sehingga menimbulkan kecemasan pada pasien maupun keluarga pasien. Faktor yang mempengaruhi kecemasan dibagi menjadi dua meliputi faktor internal (jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pengalaman di rawat) dan eksternal (kondisi medis/diagnosis penyakit, akses informasi, komunikasi terapeutik, lingkungan, fasilitas kesehatan). Berdasarkan hasil studi pendahuluan pasien yang dirawat di ruang RST Dr. Soedjono Magelang selama 2 minggu yaitu tanggal 30 November sampai 13 Desember 2018 terdapat 20 pasien dengan akut miokard infark. Hasil wawancara dengan keluarga pasien menyatakan semua keluarga pasien menunjukkan kecemasan ketika menunggu keluarganya yang sedang dirawat di ICU, diantaranya ditunjukkan dengan sulit tidur, mudah menangis dan gelisah. Banyak keluarga mengalami kecemasan saat dipanggil oleh perawat ICU karena jam kunjung pasien dibatasi dan tidak boleh ditunggu. Keluarga berprasangka buruk tentang kondisi medis pasien jika dipanggil oleh perawat mereka beranggapan bahwa keluarganya kritis. Disini peran perawat ICU sangat berperan penting dalam komunikasi. Keluarga merasa mendapat akses informasi sangat kurang karena waktu awal masuk rumah sakit dan waktu visit dokter dijelaskan. Keluarga pasien mengeluh saat menunggu pasien merasa kurang nyaman karena tempat tunggu tidak ada fasilitas hiburan dan mengeluh kedinginan saat menunggu keluarga pasien.

Berdasarkan fenomena tersebut, maka pertanyaan penelitian yang muncul adalah analisis faktor apa saja yang berhubungan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui :

1. Gambaran karakteristik keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, diagnosa penyakit, akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan.
2. Gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang.
3. Mengidentifikasi faktor- faktor yang mempengaruhi kecemasan keluarga pasien yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, diagnose penyakit, akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pemahaman dalam bidang keperawatan mengenai kecemasan keluarga pasien saat anggota keluarganya di rawat di ruang ICU.

2. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan ada perubahan yang lebih baik dan bermanfaat di bidang keperawatan serta acuan penelitian lebih lanjut.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan dan acuan untuk penelitian lebih lanjut sehingga dapat menghasilkan penelitian yang bermanfaat.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam penilaian tingkat kecemasan keluarga pasien saat anggota keluarganya di rawat diruang ICU RST Dr. Soedjono Magelang.

1.5 Keaslian Penelitian

Terdapat beberapa penelitian yang sejenis dengan penelitian ini, antara lain yaitu :

Tabel 1.1 Tabel Keaslian Penelitian

| N O | PENELITI TAHUN | JUDUL | METODE PENELITIAN | TEHNIK SAMPLING | VARIABEL | PERBEDAAN |
|----------------|---------------------------|---|---|----------------------------|---|---|
| 1 | Harlina 2018 | Faktor-faktor yang mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Unit Perawatan Kritis | <i>deskriptif korelatif</i> dengan pendekatan <i>cross sectional study</i> . Populasi | <i>Purposive Sampling</i> | Variabel bebas : umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman nilai Variabel terikat : kecemasan | Pada penelitian ini menggunakan teknik sampel purposive sampling sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode accidental sampling |
| 2 | Sugimin 2017 | Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten | deskriptif analisis dengan pendekatan <i>cross sectional</i> | <i>kuota sampling</i> | Variabel tunggal : karakteristik responden, respon adaptif maladaptif fisiologis dan respon adaptif maladaptif psikologis responden | Pada penelitian ini menggunakan teknik sampel kuota sampling sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode accidental sampling |
| 3 | Rezki 2016 | Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang ICU | observasional analitis | <i>accidental sampling</i> | Variabel bebas : komunikasi terapeutik Variabel terikat : kecemasan | Pada penelitian ini menggunakan metode observasional sedangkan pada penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelatif |

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep ICU

2.1.1 Pengertian

Ruang Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit=ICU*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat (Depkes RI 2012). Pelayanan kesehatan kritis diberikan kepada pasien yang sedang mengalami keadaan penyakit yang kritis selama masa kedaruratan medis dan masa krisis. Pelayanan intensif adalah pelayanan spesialis untuk pasien yang sedang mengalami keadaan yang mengancam jiwanya dan membutuhkan pelayanan yang komprehensif dan pemantauan terus-menerus. Pelayanan kritis atau intensif biasanya dilakukan pada *Intensive Care Unit* atau ICU, untuk anak-anak biasanya disebut *Paediatric Intensive Care Unit* atau PICU (Murti 2009).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di rumah sakit, ICU digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang diharapkan masih reversible (Kemenkes RI, 2010).

2.1.2 Jenis Pasien di ICU

Adapun pasien yang layak dirawat di ICU antara lain (Kemenkes RI, 2011):

- 1) Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*;
- 2) Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi;
- 3) Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

2.1.3 Sistem Pelayanan di ICU

Penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit harus berpedoman pada Keputusan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di rumah sakit. Pelayanan ICU di rumah sakit meliputi beberapa hal, yang pertama etika kedokteran dimana etika pelayanan di ruang ICU harus berdasarkan falsafah dasar “saya akan senantiasa mengutamakan kesehatan pasien, dan berorientasi untuk dapat secara optimal, memperbaiki kondisi kesehatan pasien.

Kedua, indikasi yang benar dimana pasien yang dirawat di ICU harus pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*, pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi system organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi, dan pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekomposisi fisiologis.

Ketiga, kerjasama multidisipliner dalam masalah medis kompleks dimana dasar pengelolaan pasien ICU adalah pendekatan multidisiplin tenaga kesehatan dari beberapa ilmu terkait yang memberikan kontribusinya sesuai dengan bidang keahliannya dan bekerja sama di dalam tim yang dipimpin oleh seorang dokter intensivis sebagai ketua tim.

Keempat, kebutuhan pelayanan kesehatan pasien dimana kebutuhan pasien ICU adalah tindakan resusitasi yang meliputi dukungan hidup untuk fungsi-fungsi vital seperti *Airway* (fungsi jalan napas), *Breathing* (fungsi pernapasan), *Circulation* (fungsi sirkulasi), *Brain* (fungsi otak) dan fungsi organ lain, dilanjutkan dengan diagnosis dan terapi definitif.

Kelima, peran koordinasi dan integrasi dalam kerja sama tim dimana setiap tim multidisiplin harus bekerja dengan melihat kondisi pasien misalnya sebelum masuk ICU, dokter yang merawat pasien melakukan evaluasi pasien sesuai

bidangnya dan member pandangan atau usulan terapi kemudian kepala ICU melakukan evaluasi menyeluruh, mengambil kesimpulan, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan usulan anggota tim lainnya serta berkonsultasi dengan konsultan lain dan dapat mempertimbangkan usulan-usulan anggota tim.

Keenam, asas prioritas yang mengharuskan setiap pasien yang dimasukkan ke ruang ICU harus dengan indikasi masuk ke ruang ICU yang benar. Karena keterbatasan jumlah tempat tidur ICU, maka berlaku asas prioritas dan indikasi masuk.

Ketujuh, sistem manajemen peningkatan mutu terpadu demi tercapainya koordinasi dan peningkatan mutu pelayanan di ruang ICU yang memerlukan tim kendali mutu yang anggotanya terdiri dari beberapa disiplin ilmu, dengan tugas utamanya memberi masukan dan bekerja sama dengan staf structural ICU untuk selalu meningkatkan mutu pelayanan ICU.

Kedelapan, kemitraan profesi dimana kegiatan pelayanan pasien di ruang ICU disamping multi disiplin juga antar profesi seperti profesi medic, profesi perawat dan profesi lain. Agar dicapai hasil optimal maka perlu peningkatan mutu SDM (Sumber Daya Manusia) secara berkelanjutan, menyeluruh dan mencakup semua profesi.

Kesembilan, efektifitas, keselamatan dan ekonomis dimana unit pelayanan di ruang ICU mempunyai biaya dan teknologi yang tinggi, multi disiplin dan multi profesi, jadi harus berdasarkan asas efektifitas, keselamatan dan ekonomis.

Kesepuluh, kontinuitas pelayanan yang ditujukan untuk efektifitas, keselamatan dan ekonomisnya pelayanan ICU. Untuk itu perlu dikembangkan unit pelayanan tingkat tinggi (*High Care Unit = HCU*). Fungsi utama HCU adalah menjadi unit perawatan dari bangsal rawat dan ruang ICU. Di HCU tidak diperlukan peralatan canggih seperti ICU tetapi yang diperlukan adalah kewaspadaan dan pemantauan lebih tinggi.

2.1.4 Perawat ICU

Seorang perawat yang bertugas di ICU melaksanakan tiga tugas utama yaitu, *life support*, memonitor keadaan pasien dan perubahan keadaan akibat pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin terjadi. Oleh karena itu diperlukan satu perawat untuk setiap pasien dengan pipa endotrakeal baik dengan menggunakan ventilator maupun yang tidak. Di Australia diklasifikasikan empat kriteria perawat ICU yaitu, perawat ICU yang telah mendapat pelatihan lebih dari duabelas bulan ditambah dengan pengalaman, perawat yang telah mendapat latihan duabelas bulan, perawat yang telah mendapat sertifikat pengobatan kritis (*critical care certificate*), dan perawat sebagai pelatih (*trainer*) (Rab, 2007).

Di Indonesia, ketenagaan perawat di ruang ICU di atur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit yaitu, untuk ICU level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan lanjut, untuk ICU level II diperlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU, dan untuk ICU level III diperlukan 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU.

2.2 Kecemasan

2.2.1 Pengertian

Hawari (2012) mendefinisikan kecemasan sebagai gangguan dalam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart (2013), faktor yang mempengaruhi kecemasan dibedakan menjadi dua yaitu:

2.2.2.1 Faktor prediposisi yang menyangkut tentang teori kecemasan:

a. Teori Psikoanalitik

Teori Psikoanalitik menjelaskan tentang konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian diantaranya *Id* dan *Ego*. *Id* mempunyai dorongan naluri dan *impuls primitive* seseorang, sedangkan *Ego* mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Fungsi kecemasan dalam ego adalah mengingatkan ego bahwa adanya bahaya yang akan datang (Stuart, 2013)

b. Teori Interpersonal

Stuart (2013) menyatakan, kecemasan merupakan perwujudan penolakan dari individu yang menimbulkan perasaan takut. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kecemasan. Individu dengan harga diri yang rendah akan mudah mengalami kecemasan.

c. Teori perilaku

Pada teori ini, kecemasan timbul karena adanya stimulus lingkungan spesifik, pola berpikir yang salah, atau tidak produktif dapat menyebabkan perilaku maladaptif. Menurut Stuart (2013), penilaian yang berlebihan terhadap adanya bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman merupakan penyebab kecemasan pada seseorang.

d. Teori biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan *neuroregulator inhibisi (GABA)* yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan. Gangguan fisik dan penurunan kemampuan individu untuk mengatasi stressor merupakan penyerta dari kecemasan.

2.2.2.2 Faktor presipitasi

a. Faktor Eksternal

1) Ancaman Integritas Fisik

Meliputi ketidakmampuan fisiologis terhadap kebutuhan dasar sehari-hari yang bisa disebabkan karena sakit, trauma fisik, kecelakaan.

2) Ancaman Sistem Diri

Diantaranya ancaman terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan, dan perubahan status dan peran, tekanan kelompok, sosial budaya.

b. Faktor Internal

1) Usia

Gangguan kecemasan lebih mudah dialami oleh seseorang yang mempunyai usia lebih muda dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua (Kaplan & Sadock, 2010).

2) Stressor

Kaplan dan Sadock (2010) mendefinikan stressor merupakan tuntutan adaptasi terhadap individu yang disebabkan oleh perubahan keadaan dalam kehidupan. Sifat stresor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang. Semakin banyak stresor yang dialami mahasiswa, semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stressor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan.

3) Lingkungan

Individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati (Stuart, 2013).

4) Jenis kelamin

Wanita lebih sering mengalami kecemasan daripada pria. Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan bahwa wanita lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya mempengaruhi perasaan cemasnya (Kaplan & Sadock, 2010).

5) Pendidikan

Dalam Kaplan dan Sadock (2010), kemampuan berpikir individu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisis akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah baru.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga adalah sebagai berikut :

1. Umur

Menurut Elisabeth, B.H (1995 cit Nursalam 2016), yaitu umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Pendapat lain mengemukakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat. Menurut Long (1996 cit Nursalam 2001), yaitu semakin tua umur seseorang semakin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah maka akan sangat mempengaruhi konsep dirinya. Umur dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang.

2. Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan usaha kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk mencapai hidup secara optimal. Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Jadi dapat diasumsikan bahwa faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan seseorang tentang hal baru yang belum pernah dirasakan atau sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang terhadap kesehatannya.

3. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber

kesenangan tetapi merupakan cara mencari nafkah yang banyak tantangan (Nursalam 2012).

4. Informasi

Informasi adalah pemberitahuan yang dibutuhkan keluarga dari staf ICU mengenai semua hal yang berhubungan dengan pasien yang dirawat di ruang ICU. Kebutuhan akan informasi meliputi informasi tentang perkembangan penyakit pasien, penyebab atau alasan suatu tindakan tertentu dilakukan pada pasien, kondisi sesungguhnya mengenai perkembangan penyakit pasien, kondisi pasien setelah dilakukan tindakan/pengobatan, perkembangan kondisi pasien dapat diperoleh keluarga paling sedikit sehari sekali, rencana pindah atau keluar dari ruangan, dan informasi mengenai peraturan di ruang ICU.

2.2.3 Gejala Kecemasan

Gejala kecemasan jika dibedakan menurut tingkatannya menurut Pieter dan Lubis (2010) adalah sebagai berikut :

1. Peringkat ringan dengan gejala fisik sesekali sesak napas, nadi dan tekanan darah naik, gangguan ringan pada lambung, mulut berkerut, dan bibir gemetar, sedangkan gejala psikologis yaitu persepsi meluas, masih mampu menerima stimulus yang kompleks, mampu konsentrasi, mampu menyelesaikan masalah, gelisah, adanya tremor halus pada tangan, dan suara terkadang tinggi.
2. Peringkat sedang dengan gejala fisik sering napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare, dan konstipasi, sedangkan gejala psikologi yaitu persepsi menyempit, tidak mampu menerima rangsangan, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya, gerakan tersentak, meremasi tangan, bicara banyak dan lebih cepat, insomnia, perasaan tak aman, dan gelisah.
3. Peringkat berat dengan gejala fisik nafas pendek, tekanan darah dan nadi naik, berkeringat, sakit kepala, penglihatan kabur, dan ketegangan, sedangkan gejala psikologis berupa lapangan persepsi sangat sempit, tidak mampu menyelesaikan masalah, perasaan terancam, verbalisasi cepat, dan blocking.

4. Peringkat panik dengan gejala fisik nafas pendek, tekanan darah dan nadi naik, aktivitas motorik meningkat, dan ketegangan, sedangkan gejala psikologis berupa lapangan persepsi sangat sempit, hilangnya rasional, tidak dapat melakukan aktivitas, perasaan tidak aman atau terancam semakin meningkat, menurunnya hubungan dengan orang lain, dan tidak dapat kendalikan diri.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Peplau membagi tingkat kecemasan ada empat (Stuart, 2013) yaitu :

- a. Kecemasan ringan yang berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.
- b. Kecemasan sedang yang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian individu mengalami tindak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.
- c. Kecemasan berat yang sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.
- d. Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.

2.2.5 Tipe Kepribadian Cemas

Seseorang akan menderita gangguan cemas manakala yang bersangkutan tidak mampu mengatasi stressor yang dihadapi. Tetapi pada orang-orang tertentu meskipun tidak ada stressor psikososial yang bersangkutan menunjukkan kecemasan juga, yang ditandai dengan corak atau tipe kepribadian pencemas (Hawari, 2012). Tipe kepribadian pencemas, antara lain:

- a. Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang.
- b. Memandang masa depan dengan rasa was- was (khawatir).
- c. Kurang percaya diri, gugup apabila tampil dimuka umum (demam panggung).
- d. Sering merasa tidak bersalah, dan menyalahkan orang lain.
- e. Tidak mudah mengalah/ ngotot.
- f. Gerakan sering serba salah, tidak tenang bila duduk dan gelisah.
- g. Seringkali mengeluh ini dan itu (keluhan- keluhan somatik), khawatir berlebihan terhadap penyakit.
- h. Mudah tersinggung, suka membesar- besarkan masalah kecil (dramatisasi).
- i. Dalam mengambil keputusan sering diliputi rasa bimbang dan ragu.
- j. Bila mengemukakan sesuatu atau bertanya sering diulang- ulang.
- k. Kalau sedang emosi sering kali bertindak histeris.

Orang dengan tipe kepribadian pencemas tidak selamanya mengeluh hal- hal yang sifatnya psikis tetapi sering juga disertai dengan keluhan- keluhan fisik (somatik) dan juga tumpang tindih dengan ciri- ciri kepribadian depresif atau dengan kata lain batasannya seringkali.

2.2.6 Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan alat ukur kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap point yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor yaitu antara 0 sampai 4 (Hawari, 2012).

Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang atau separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat atau lebih dari separuh gejala yang ada
- 3 = sangat berat atau semua gejala ada

Masing – masing nilai dari 14 kelompok dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang :

1. Skor kurang dari 14 : tidak ada kecemasan
2. Skor 14 – 20 : kecemasan ringan.
3. Skor 21 – 27 : kecemasan sedang.
4. Skor 28 – 34 : kecemasan berat.
5. Skor \geq 35 : Kecemasan sangat berat atau panik.

Perlu diketahui bahwa alat ukur HARS ini bukan dimaksudkan untuk mengetahui diagnosa gangguan kecemasan. Diagnosa gangguan kecemasan ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (psikiater), namun digunakan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan cemas itu digunakan alat ukur HARS (Hawari, 2012)

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan (Setiadi. 2008). Keluarga, adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. (Murwani dan Setyowati. 2010).

Keluarga juga didefinisikan sebagai suatu ikatan atau persekutuan hidup dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa

anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Suprajitno, 2010).

2.3.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2014).

1) Fungsi afektif

Berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikososial fungsi efektif ini merupakan sumber energi kebahagiaan keluarga.

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi dimulai sejak lahir, keberhasilan perkembangan individu dan keluarga di capai melalui interaksi atau hubungan antar anggota. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma, budaya dan perilaku melalui hubungan interaksi dalam keluarga.

3) Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi meneruskan keturunan dan menambahkan sumber daya manusia.

4) Fungsi ekonomi

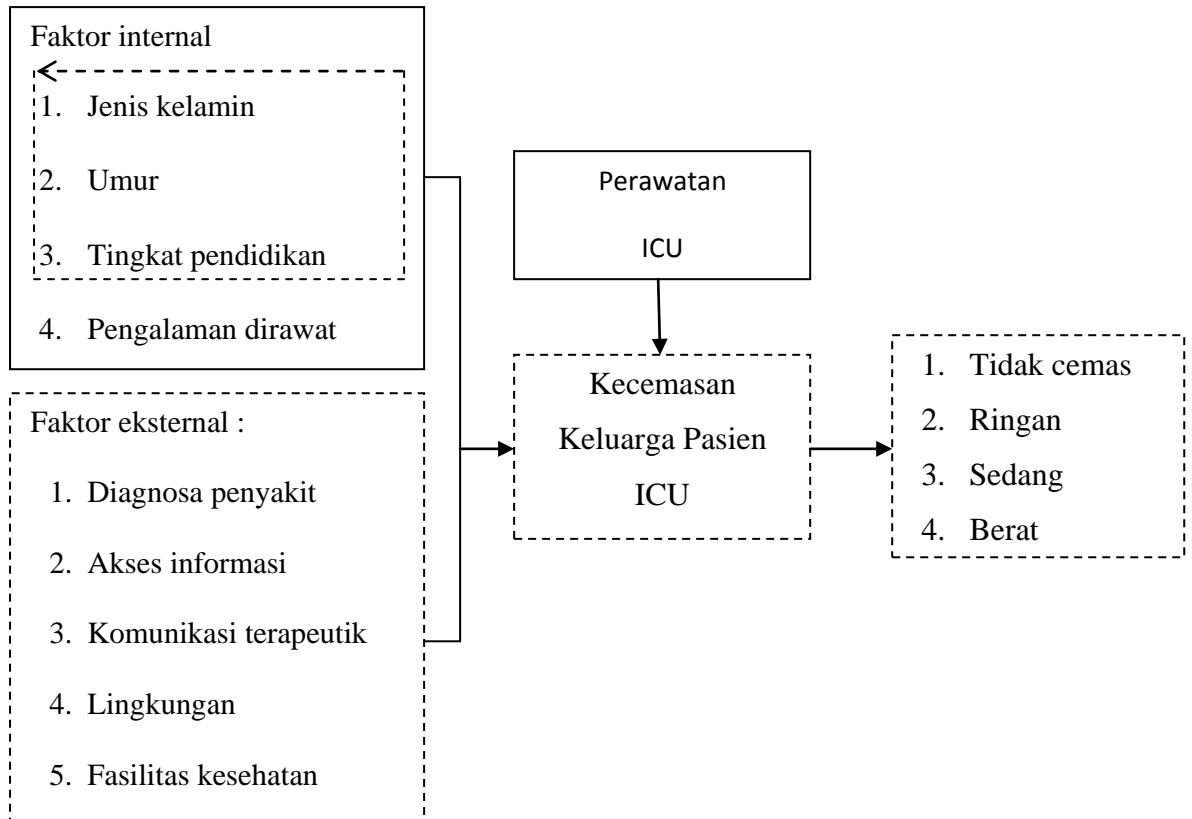
Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan seluruh keluarga seperti kebutuhan makan, minum, pakaian, tempat tinggal, dll

5) Fungsi keperawatan kesehatan

Kesanggupan keluarga untuk melakukan pemeliharaan kesehatan dilihat dari 5 tugas kesehatan keluarga yaitu :

- a) Keluarga mengenal masalah kesehatan.
- b) Keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah keesehatan.
- c) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
- d) Memodifikasi lingkungan, menciptakan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- e) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat.

2.4 Kerangka Teori



Keterangan :

----- = diteliti

————— = tidak diteliti

Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber : Stuart (2013) dan Kaplan & Sadock (2010)

Hipotesis

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris (Notoatmodjo, 2012).

1. Hipotesis kerja (H_a) adalah ada hubungan karakteristik faktor keluarga pasien yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang
2. Hipotesis nol (H_0) atau hipotesis nol dalam penelitian ini adalah tidak ada hubungan faktor karakteristik keluarga pasien yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang.

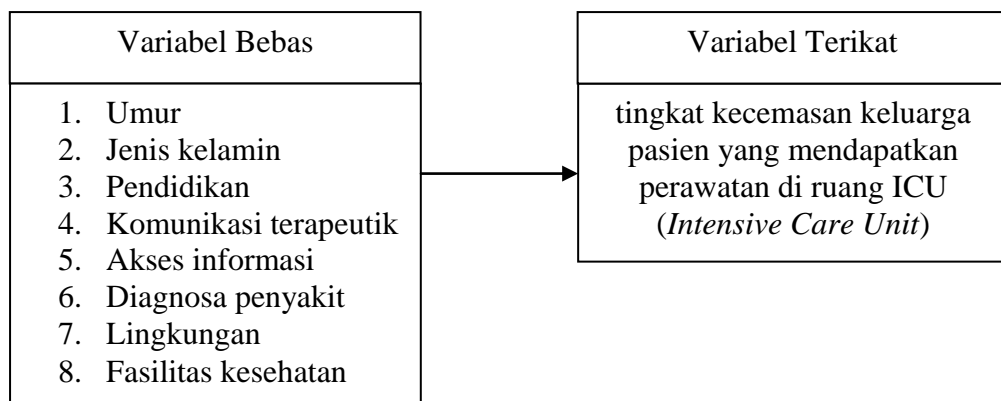
BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelasional, yaitu penelitian yang diarahkan untuk menjelaskan hubungan antara dua variabel bebas dengan variabel terikat (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional*, dimana data yang menyangkut variabel bebas dan terikat dikumpulkan dalam waktu bersama-sama. Tiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2012).

3.2 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Bebas

| Variabel | Definisi | Alat dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Pengukuran |
|-----------------------|---|---|---|------------------|
| Umur | usia responden | Checklist | 1. Remaja (< 20 tahun) 2. Dewasa (20-55 tahun) 3. Lansia (\geq 56 tahun) | Interval |
| Jenis kelamin | Status gender pada pasien | Checklist | 1. Laki-laki 2. Perempuan | Nominal |
| Pendidikan | Pendidikan terakhir pasien | Checklist | 1. Dasar (SD dan SMP) 2. Menengah (SMA) 3. Tinggi (PT) | Ordinal |
| Komunikasi Terapeutik | Menyampaikan pesan secara lisan atau verbal antara perawat dan keluarga pasien saat melakukan asuhan keperawatan ke pasien. | Checklist 10 item pertanyaan 1= tidak pernah 2=kadang-kadang 3= sering | Komunikasi : 1. Baik : 26-30 2. Cukup:18-25 3. Kurang: 10-17 | Ordinal |
| Akses Informasi | Kemudahan dalam mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang sedang di rawat di ICU | Checklist 5 item pertanyaan Ya=2 Tidak=1 | Akses Informasi: 1. Baik : 9-10 2. Cukup:7-8 3. Kurang: 5-6 | Ordinal |
| Lingkungan | Situasi tempat perawatan pasien dan ruang tunggu pasien | Checklist 5 item pertanyaan Ya=2 Tidak=1 | Lingkungan: 1. Baik : 9-10 2. Cukup:7-8 3. Kurang: 5-6 | Ordinal |

| Variabel | Definisi | Alat dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Pengukuran |
|---------------------|---|---|--|------------------|
| Fasilitas Kesehatan | Sarana dan prasarana yang diperoleh pasien selama dirawat di ICU RST dr. Soejono | Checklist 5 item pertanyaan Ya=2 Tidak=1 | Fasilitas Kesehatan: 1. Baik : 9-10 2. Cukup:7-8 3. Kurang: 5-6 | Ordinal |
| Diagnosa penyakit | Masalah yang dialami pasien di ICU | Checklist | 1. Penyakit kardiovaskuler 2. Penyakit Hemoragik 3. Lain-lain | Nominal |

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Terikat

| Variabel | Definisi | Alat dan Cara Ukur | Hasil Ukur | Skala Pengukuran |
|--|---|---|--|------------------|
| Kecemasan keluarga pasien di ruang ICU | Rasa takut dan khawatir keluarga akan apa yang dialami anggota yang sedang sakit di dalam ruang ICU | Checik list 14 item pertanyaan menurut HARS untuk 0= tidak ada gejala 1= gejala ringan 2= gejala sedang 3= gejala berat 4= gejala berat sekali | Semua hasil nilai dari setiap item pertanyaan dikumulatifkan menjadi : 1. Tidak cemas=skor kurang dari 14 2. Cemas Ringan =14- 20 3. Cemas Sedang =21-27 4. Cemas Berat =28- 34 5. Cemas sangat berat atau panik= ≥ 35 | Interval |

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah semua keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang pada bulan Mei 2019 dengan estimasi jumlah pasien pada bulan Januari, Februari dan Maret sebanyak 78 pasien, sehingga estimasi keluarga pasien setiap bulan adalah 26 orang.

3.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang sama dengan populasi dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah semua keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang. Dalam penghitungan ruang ICU dr. Soedjono menggunakan laporan bulanan dan triwulan. Disini jumlah pasien yang yang dirawat diicu mulai bulan Januari, Februari dan Maret sebanyak 78 orang dan hampir 80% keluarga pasien mengalami kecemasan.

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti / sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Arikunto, 2013). Teknik *sampling* dalam penelitian ini adalah *Accidental Sampling*, yaitu berdasarkan keluarga pasien yang dirawat di RST Dr. Soedjono Magelang yang dirawat ICU RST dr. Soedjono. Sampel dalam penelitian ini dapatkan 28 responden.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan criteria inklusi dan eksklusif. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Keluarga pasien inti yang anggota keluarganya sedang di rawat di ICU.
2. Keluarga pasien inti bersedia menjadi responden dan bisa baca dan menulis.
3. Keluarga pasien yang mengalami kecemasan yang sudah menunggu pasien minimal 2 hari.

Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Penunggu pasien bukan anggota keluarga atau tidak mempunyai hubungan keluarga dengan pasien.
2. Keluarga pasien tidak dapat membaca dan menulis.
3. Keluarga pasien yang anggotanya dirawat minimal 1 hari.

3.5 Waktu dan Tempat Penelitian

3.5.1 Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan di RST Tingkat II dr. Soedjono Magelang.

3.5.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari s/d Agustus 2019 dengan perincian pada bulan Februari 2019 adalah pelaksanaan pengajuan judul, bulan Februari s/d Juli 2019 penyusunan proposal, ujian dan revisi proposal dilakukan pada bulan Juli 2019, penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2019, penyusunan skripsi dan ujian skripsi dilaksanakan pada bulan Agustus.

3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

3.6.1 Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan untuk karakteristik keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU RST dr. Soedjono Magelang berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, akses informasi, kondisi medis, lingkungan dan fasilitas kesehatan faktor- faktor tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan diruang ICU dan menganalisis faktor- faktor tingkat kecemasan. Mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner. Dalam penelitian ini kuesioner berupa checklist. Checklist atau daftar cek merupakan daftar yang berisi pernyataan atau pertanyaan responden memberikan jawaban dengan memberikan cek (√) sesuai dengan hasilnya yang diinginkan atau peneliti yang memberikan tanda (√) sesuai dengan hasil pengamatan. Chesklist yang digunakan terdiri dari sebagai berikut.

Tabel 3.3 Kisi-kisi Checklist

| No | Variabel | Jumlah Soal |
|----|-----------------------|-------------|
| 1 | Umur | 1 soal |
| 2 | Jenis kelamin | 1 soal |
| 3 | Komunikasi terapeutik | 10 soal |
| 4 | Akses informasi | 5 soal |
| 5 | Diagnosa penyakit | 1 soal |
| 6 | Lingkungan | 5 soal |
| 7 | Fasilitas kesehatan | 5 soal |
| 8 | Kecemasan | 14 soal |

3.6.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar- benar mengukur apa yang diukur untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun tersebut mampu mengukur apa yang hendak di ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap- tiap item (pertanyaan) dengan skor total kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2012) dan uji Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Arikunto, 2013). Uji validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini tidak dilakukan karena pada kuesioner komunikasi terapeutik dan kecemasan keluarga pasien ICU diambil dari hasil penelitian sebelumnya yaitu Herkulana (2013) yang melakukan penelitian tentang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Anggota keluarga Pasien yang di rawat di ICU RSUD Salatiga dengan hasil uji validitas diatas r tabel (0,36) dan hasil uji reliabilitas dengan hasil 0,801 dan 0,788.

3.6.3 Metode Pengumpulan Data

3.6.3.1 Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner penelitian yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, akses informasi, kondisi medis, lingkungan, fasilitas kesehatan dan tingkat kecemasan keluarga pasien.

3.6.3.2 Metode Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian yang dilakukan oleh institusi pendidikan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Mengajukan surat ijin kepada Direktur RST Tingkat II dr. Soedjono Magelang
3. Meminta bantuan kepada asisten yaitu perawat ruangan ICU untuk membantu dalam melaksanakan penelitian minimal lulusan DIII keperawatan dengan pengalaman kerja minimal satu tahun dan menentukan responden sesuai dengan kriteria dan menyebarkan checklist.
4. Penentuan responden dilakukan dengan cara pengambilan sampel berdasarkan kriteria yang sudah ditentukan dengan responden selanjutnya memberi penjelasan mengenai tujuan, manfaat penelitian yang akan dilakukan dan menanyakan kesediaannya untuk membantu proses penelitian.
5. Keluarga pasien yang bersedia selanjutnya menandatangani surat pernyataan persetujuan dan apabila tidak bersedia maka tidak ada paksaan untuk menandatangani.
6. Peneliti meminta keluarga pasien untuk mengisi kuesioner.
7. Mencatat hasil pengukuran kuesioner dalam pada lembar tabulasi.
8. Hasil kuesioner dikumpulkan oleh peneliti kemudian dimasukkan dalam tabulasi data.

3.7 Metode Pengolahan dan Analisa Data

3.7.1 Pengolahan Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul, kemudian dilakukan proses pengolahan data melalui tahap-tahap yang menurut Hidayat (2014) adalah :

3.7.1.1 *Editing* atau mengedit data

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data dikumpulkan. Editing dalam penelitian ini dilakukan dengan cara

mengumpulkan data berupa kuesioner yang sudah disebar, kemudian dilakukan tabulasi data pada data yang sudah dikumpulkan. Editing dalam penelitian ini dilakukan dengan mengecek kelengkapan pengisian kuesioner.

3.7.1.2 Skoring

Skoring dilakukan untuk memberikan nilai skor pada masing-masing jawaban responden yang terdiri dari skoring untuk komunikasi terapeutik jika responden “sering” diberi skor 3, “kadang-kadang” skor 2, dan “tidak pernah” skor 1. Skoring untuk kuesioner akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan jika responden menjawab “ya” maka diberi skor 2, jika menjawab “tidak” diberi skor 1. Untuk Kecemasan jika responden menjawab 0 jika tidak ada gejala/ tidak cemas, 1 jika gejala ringan, 2 jika gejala sedang, 3 jika gejala berat dan 4 jika gejala berat sekali.

3.7.1.3 Coding

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

Pemberian koding dalam penelitian ini adalah untuk variabel umur remaja akhir kode 1, dewasa awal kode 2, dewasa akhir kode 3 dan lansia awal kode 4. Kode untuk jenis kelamin laki-laki kode 1 dan perempuan kode 2. Tingkat pendidikan untuk 1. SD dan SMP, 2. SMA, 3. PT, Diagnosa penyakit untuk 1. Penyakit kardiovaskuler 2. Penyakit Hemoragik 3. DII, Komunikasi terapeutik kurang kode 1, cukup kode 2 dan baik kode 3. Akses informasi kurang buruk kode 1, sedang kode 2, dan baik kode 3. Lingkungan buruk kode 1, sedang kode 2 dan baik kode 3. Fasilitas kesehatan buruk kode 1, sedang kode 2 dan baik kode 3. Kecemasan pada tingkat panik / sangat berat kode 1, tingkat cemas berat kode 2, cemas sedang kode 3, cemas ringan kode 4 dan tidak cemas kode 5.

3.7.1.4 Entri Data

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi. Entri data dalam penelitian ini telah dilakukan dengan memasukkan hasil jawaban kuesioner masing-masing responden dalam bentuk angka ke dalam data tabel menggunakan program excel.

3.7.1.5 Melakukan Teknis Analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian digunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan dari data yang ada untuk dianalisis.

3.7.2 Analisis Data

3.7.2.1 Analisis Univariat

Dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012).

Pada penilaian data analisis univariate dilakukan untuk mengetahui distribusi umur, jenis kelamin, pendidikan, kondisi medis, komunikasi terapeutik, akses informasi, lingkungan, fasilitas kesehatan dan tingkat kecemasan keluarga pasien. Analisa ini diolah dengan melihat prosentase.

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis, untuk mempersentasekan hasil dari data yang sudah diperoleh menurut Budiarto (2002) adalah :

$$(f/N) \times 100$$

Keterangan :

f : frekuensi

N : Jumlah seluruh observasi

3.7.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, dilakukan untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga pasien yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik, akses informasi, lingkungan dan fasilitas kesehatan terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang, sehingga perhitungan menggunakan rumus *Chi Square* (χ^2) karena skala variabel berupa kategorik pada dua kelompok tidak berpasangan, masing-masing cell tidak boleh terdapat nilai dibawah 5 dan nilai *expected count* maksimal 20%. Apabila tidak memenuhi syarat uji *Chi Square* maka menggunakan uji alternatif yaitu uji *fisher exact* atau *Kolmogorov smirnov* (Dahlan, 2010). Metode *Chi Square* digunakan untuk mengadakan pendekatan dari beberapa faktor atau mengevaluasi frekuensi yang diselidiki atau frekuensi hasil observasi (f_o) dengan frekuensi yang diharapkan (f_e) dari sampel apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan atau tidak (Hidayat, 2014).

Uji lanjutan yang digunakan untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel adalah uji *Coefficient Contingency (CC)* dalam mencari koefisien kontingensi terlebih dahulu dicari *Chi Square* (Riwidigdo, 2010).

3.7.2.3 Analisis Multivariat

Analisis varians (*analysis of variance*, ANOVA) adalah suatu metode analisis statistika yang termasuk ke dalam cabang statistika inferensi. Dalam literatur Indonesia metode ini dikenal dengan berbagai nama lain, seperti analisis ragam, sidik ragam, dan analisis variansi. Ia merupakan pengembangan dari masalah Behrens-Fisher, sehingga uji-F juga dipakai dalam pengambilan keputusan. Analisis varians pertama kali diperkenalkan oleh Sir Ronald Fisher, bapak statistika modern. Dalam praktik, analisis varians dapat merupakan uji hipotesis (lebih sering dipakai) maupun pendugaan (*estimation*, khususnya di bidang genetika terapan). *Analysis of variance* atau ANOVA merupakan salah satu teknik

analisis multivariate yang berfungsi untuk membedakan rerata lebih dari dua kelompok data dengan cara membandingkan variansinya. Analisis varian termasuk dalam kategori statistik parametrik. Sebagai alat statistika parametrik, maka untuk dapat menggunakan rumus ANOVA harus terlebih dahulu perlu dilakukan uji asumsi meliputi normalitas, heterokedastisitas dan random sampling (Ghozali, 2009).

3.8 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memperhatikan etika dalam penelitian karena merupakan masalah yang sangat penting mengingat penelitian ini berhubungan langsung dengan manusia yang mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian, sebelum meminta persetujuan dari responden, peneliti memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan dengan cara menghormati, Adil dan bermanfaat.

3.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* yang akan dilaksanakan dalam penelitian ini adalah dengan meminta keluarga pasien inti yang keluarganya dirawat di ICU RST dr. Soedjono Magelang yang bersedia menjadi responden untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Responden dalam penelitian ini telah menandatangani *informed consent*

3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Pelaksanaan *anonimity* dilakukan dengan cara meminta responden untuk tidak menuliskan nama terang pada lembar persetujuan menjadi responden dan kuesioner. Data nama responden dalam penelitian ini diganti menjadi nomor responden.

3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti yaitu dengan tidak menyebutkan nama terang responden tetapi mengganti dengan nama inisial atau nomor responden (kode).

3.8.4 *Beneficiency*

Peneliti harus memperhatikan keuntungan dan kerugian yang bisa ditimbulkan oleh responden. Selama proses penelitian dengan pengisian kuesioner telah memberikan manfaat berupa responden dapat mengetahui ciri- ciri kecemasan. Ini bermanfaat bagi responden yaitu mengantisipasi rasa cemasnya dan mengetahui tingkat kecemasannya.

3.8.5 Keadilan dan keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian. Untuk itu lingkungan penelitian dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yaitu dengan menjelaskan prosedur penelitian dan tidak membedakan jender, agama, etnis dan sebagainya.

3.8.6 Menghormati

Sebagai peneliti kita harus menghormati penelitian dari orang lain dan menghormati responen dalam memberikan jawabannya. Peneliti mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia, adalah: peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) dan tidak menggunakan nama terang keluarga pasien sebagai responden

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat ditarik berdasarkan hasil analisa dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, yaitu sebagai berikut :

- 5.1.1 Karakteristik responden berdasarkan umur dewasa (20-55 tahun) berjenis kelamin perempuan dan pendidikan terakhir dasar .
- 5.1.2 Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat pada keluarga pasien didapatkan hasil sebagian besar kurang.
- 5.1.3 Akses informasi yang yang didapatkan keluarga pasien didapatkan hasil sebagian besar baik.
- 5.1.4 Akses lingkungan yang yang didapatkan keluarga pasien didapatkan hasil sebagian besar buruk.
- 5.1.5 Fasilitas kesehatan yang didapatkan keluarga pasien didapatkan hasil sebagian besar sedang.
- 5.1.6 Diagnosa penyakit yang banyak dialami responden sebagian besar adalah penyakit kardiovaskuler.
- 5.1.7 Kecemasan keluarga pasien ICU sebagian besar adalah cemas sedang
- 5.1.8 Umur, jenis kelamin, pendidikan, komunikasi terapeutik mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang .
- 5.1.9 Akses informasi, akses lingkungan, fasilitas kesehatan, diagnosa penyakit tidak mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang mendapatkan perawatan di ruang ICU (*Intensive Care Unit*) di RST Dr. Soedjono Magelang.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit meningkatkan kualitas fasilitas pelayanan seperti ruang tunggu pasien yang tertutup sehingga privacy keluarga pasien terjaga serta memfasilitasi televisi agar kecemasan keluarga pasien berkurang. Rumah sakit juga dapat meningkatkan akses informasi kepada keluarga pasien dengan lebih melakukan pendekatan secara komunikasi terapeutik dengan pasien agar keluarga pasien tetap dapat mengetahui kondisi anggota keluarganya dengan mudah.

5.2.2 Bagi Perawat

Bagi Perawat Pelaksana mengetahui tingkat kecemasan keluarga Bagi Keluarga selalu mendampingi pasien dan aktif bertanya tentang informasi apa saja saat petugas kesehatan melakukan tindakan yang berhubungan dengan anggota keluarganya agar keluarga mengetahui perkembangan sebelum dan setelah diberikan tindakan yang nantinya informasi yang didapat dapat menurunkan tingkat kecemasan yang di alami keluarga.

5.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Pada peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan menambah variabel dan menghubungkan variabel dengan kecemasan sehingga diketahui faktor penyebab kecemasan responden

DAFTAR PUSTAKA

- Bailey, J. J., Sabbagh, M., Loiselle, C. G., Boileau, J., & McVey, L. (2010). Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Medicine*, 25(12), 773-780.
- Dahlan. (2010). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Depkes RI. (2012). *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Perawatan Intensif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. (2011). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit di Rumah Sakit*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Friedman. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktik*. Edisi ke-5. Jakarta : EGC.
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS ONE*, (1), 1–12. doi:10.1371/journal.pone.0115332
- Halgin, & Whitbourne. (2010). *Psikologi Abnormal Perspektif Klinis Pada Gangguan Psikologis* (6th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. (S. Riyadi, Ed.) (Pertama.). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hawari, D. (2012). *Manajemen Stress Cemas dan Depresi*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Herkulana. (2013). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Anggota keluarga Pasien yang di rawat di ICU RSUD Salatiga. Diakses dari <http://repository.uksw.edu/handle/123456789/6693>
- Hidayat, A.A. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan & Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Kaplan, HI, Saddock, BJ & Grabb, JA., (2010). *Kaplan-Sadock Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis*. Tangerang : Bina Rupa Aksara
- Kemenkes RI. (2011). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit.*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MEN KES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit
- Muhlisin, A. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Murti, B. (2009). Mendesak: Kebutuhan untuk Memperbaiki Pelayanan Intensif Bayi dan Anak. *Jurnal Kedokteran Indonesia*. 1(1): 1–3
- Murwani, Setyowati. (2010). *Asuhan Keperawat Keluarga*. Jogjakarta : Mitra Cendikia
- Notoatmojo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pieter, H.Z. & Lubis, N.L. (2010). *Pengantar Psikologi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kencana
- Pratiwi dan Dewi. (2016). *Hubungan Lama Menderita Hipertensi dengan Tingkat Kecemasan pada Lansia di Desa Praon Nusukan Surakarta*. *Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta*. Juli 2016. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rab. (2007). *Agenda Gawat Darurat*. Bandung : PT Alumni
- Riwidikdo, H. (2010). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendekia
- Ronald, & Sara. (2010). Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. *AACN Adv Crit Care*, 21(1), 80–91. doi:10.1097/NCI.0b013e3181c930a3.Impact
- Setiadi. (2008). *Konsep dan proses keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Smith, C. D. iSabatino, & Custard, K. (2014). The experience of family members of ICU patients who require extensive monitoring: a qualitative study. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 26(3), 377–388. doi:10.1016/j.ccell.2014.04.004
- Stuart, W. G. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Suprajitno. (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yusuf, A., Fitryasari, R. P., & Nihayati, H. E. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. (F. Ganiajri, Ed.). Jakarta: Salemba Medika.