

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA ANGGOTA KELUARGA YANG DIRAWAT DI
RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RSUD SULTAN IMANUDDIN
PANGKALAN BUN**



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BORNEO CENDEKIA MEDIKA
PANGKALAN BUN**

2020

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA ANGGOTA KELUARGA YANG DI RAWAT DI
RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU) RSUD SULTAN IMANUDDIN
PANGKALAN BUN**

Skripsi

**Diajukan dalam rangka memenuhi persyaratan menyelesaikan studi
program sarjana keperawatan**



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BORNEO CENDEKIA MEDIKA
PANGKALAN BUN**

2021

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN TINGKAT KECEMASAN
ANGGOTA KELUARGA YANG DI RAWAT
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RSUD SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

**Ekawati Hijriyah¹, Rukmini Syahleman², Rahaju Wiludjeng³
STIKES Borneo Cendekia Medika**

ABSTRAK

Kesehatan adalah hal yang sangat diidamkan dan diharapkan oleh semua lapisan masyarakat. *Intensive care Unit* (ICU) adalah tempat perawatan pasien kritis, gawat, atau pasien yang memiliki resiko tinggi terjadinya kegawatan, dengan sifat yang reversible. Perawatan di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU). berfokus pada kondisi pasien serta peralatan yang digunakan. Kondisi pasien tersebut dapat menyebabkan kecemasan pada keluarga. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan anggota keluarga yang di rawat di ruang intensive care unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelatif. Sampel di ambil dari 26 responden, menggunakan tehnik total sampling dan di analisis menggunakan uji spearmans Ranks.

Hasil penelitian menunjukkan nilai p value adalah 0,01 ($p < 0,05$), yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan anggota keluarga yang di rawat di ruang intensive care unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Pengetahuan seseorang tentang perawatan intensif dapat memberikan rasa tenang sehingga keluarga merasa tidak cemas.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan anggota keluarga yang di rawat di ruang intensive care unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Disarankan dalam perawatan pasien di ICU perlu diberikan edukasi agar keluarga tidak merasa cemas.

Kata kunci : pengetahuan, kecemasan, *Intensive Care Unit*

**RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE WITH ANXIETY LEVELS OF FAMILY
MEMBERS CARED IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU)
RSUD SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

**Ekawati Hijriyah¹, Rukmini Syahleman², Rahaju Wiludjeng³
STIKES Borneo Cendekia Medika**

ABSTRACT

Health is something that is desired and expected by all levels of society. An intensive care unit (ICU) is a place where critical, emergency patients, or patients at high risk for emergencies are treated, with a reversible nature. Care in the Intensive Care Unit (ICU) room. focuses on the patient's condition and the equipment used. The patient's condition can cause anxiety in the family. The purpose of this study was to determine whether there is a relationship between knowledge and the level of anxiety of family members who are treated in the intensive care unit (ICU) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Hospital.

This research is a quantitative study with a correlative descriptive design. Samples were taken from 26 respondents, using a total sampling technique and analyzed using the Spearmans Ranks test.

The results showed that the p value was 0.001 ($p < 0.05$), which means that there is a relationship between knowledge and anxiety levels of family members who are treated in the intensive care unit (ICU) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Hospital. A person's knowledge of intensive care can provide a sense of calm so that the family feels less anxious.

The conclusion of this study is that there is a relationship between knowledge and the level of anxiety of family members who are treated in the intensive care unit (ICU) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Hospital. It is recommended that in the care of patients in the ICU, education should be given so that the family does not feel anxious.

Keywords: knowledge, anxiety, Intensive Care Unit

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ekawati Hijriyah

Nim : 18111AL09

TTL : Pangkalan Bun, 12 Maret 1974

Institusi : Program Studi Sarjana Keperawatan Stikes Borneo
Cendikia Medika Pangkalan Bun

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul: “Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun” adalah bukan karya ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.



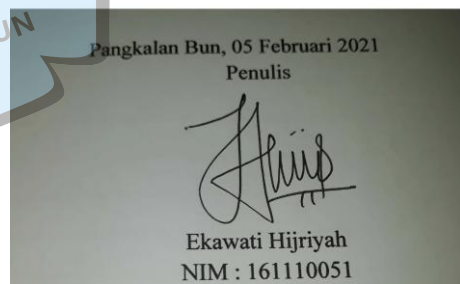
RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi

Nama : Ekawati Hijriyah
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Pangkalan Bun, 12 Maret 1974
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil (PNS)
Alamat : Jl. H. Moestalin RT. 16 Kel. Madurejo
No. Telepon/HP : 0812 5080 625

Pendidikan Formal

SD : SDN Lanud Iskandar 1986
SMP : SMPN 2 P. Bun 1989
SMU : SMAN 1 P. Bun 1992
D III : Akper Karya Husada Kediri 1997
STRATA 1 : STIKES BCM P. Bun 2018 sampai sekarang



LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Nama Mahasiswa : Ekawati Hijriyah

NIM : 18111AL09

Program studi : Sarjana Keperawatan

Telah Mendapat Persetujuan Komisi Pembimbing
Pada Tanggal 18 Maret 2021



LEMBAR PENGESAHAN

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Nama : Ekawati Hijriyah

Nim : 18111AL09

Program studi : Sarjana Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Sarjana Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

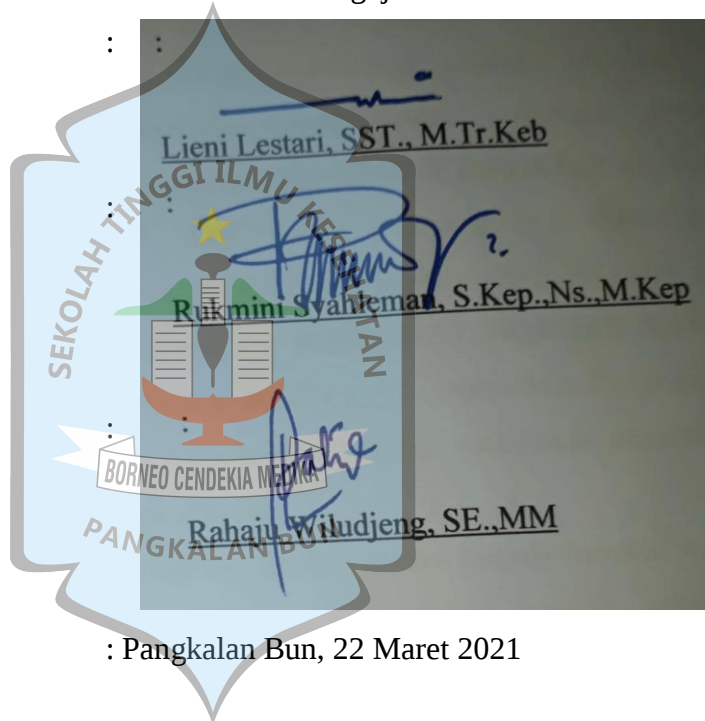
Ketua Dewan penguji :

Penguji I :

Penguji II :

Tanggal lulus

: Pangkalan Bun, 22 Maret 2021



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-Nya sehingga skripsi ini berhasil diselesaikan. Tema yang dipilih dalam penelitian yang dilaksanakan sejak bulan Juni 2020 sampai dengan saat ini adalah “Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun”.

Terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Dr. Drs. H. M. Zainul Arifin, M. Kes, selaku Ketua Yayasan Samodra Ilmu Cendikia STIKES BCM Pangkalan Bun.
2. Dr.Ir.Luluk Sulistiyono, M.Si selaku ketua STIKES BCM Pangkalan Bun.
3. Rukmini Syahleman, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ka. Prodi Keperawatan sekaligus pembimbing I dalam penyusunan proposal penelitian ini yang sudah memberikan motivasi serta arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penulisan proposal penelitian ini dengan baik dan benar.
4. Rahaju Wiludjeng, SE., MM. selaku pembimbing II dalam penyusunan proposal penelitian ini yang sudah memberikan arahan sehingga penulis bisa menyelesaikan penulisan proposal penelitian ini dengan baik dan benar.
5. dr. Fachrudin, selaku direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yang sudah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
6. dr. Kausarina Purwaningrum, Sp.An., selaku Kepala Instalasi ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yang sudah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
7. Suami saya Gusti Syariansyah, S.Kep, anak kami Gusti Faza Firdaus Nuriyansyah, Gusti Muhammad Fauzi Nuriyansyah dan Utin Fayla Putri Zahra, serta keluargaku tercinta lainnya yang selalu memberikan dukungan dan motivasi sehingga terselesaikannya proposal penelitian ini.

8. Teman-teman seperjuangan program study S1 Keperawatan alih jejang angkatan 2018 STIKES BCM Pangkalan Bun yang selalu memberikan semangat dan berbagi ide untuk menyelesaikan proposal penelitian ini.
9. Teman-teman ruang *Intensive Care Unit* (ICU) yang juga selalu memberikan dukungan serta pengalaman dalam menyusun proposal penelitian.
10. Seluruh pihak dan orang-orang yang tidak bisa disebutkan satu persatu sehingga membantu penulis menyelesaikan dalam proposal penelitian ini.

Akhir kata, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang terlibat, sehingga penulis berharap penelitian ini bisa bermanfaat bagi kita semua.

Pangkalan Bun, 05 Februari 2021

Penulis



Ekawati Hijriyah
NIM : 161110051

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iv
RIWAYAT HIDUP	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
LEMBAR PENGESAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktisi	5
1.5. Relevansi Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Konsep Pengetahuan.....	8
2.1.1. Pengertian	8
2.1.2. Proses Pengetahuan.....	8
2.1.3 Tingkatan Pengetahuan.....	10
2.1.4. Cara Memperoleh Pengetahuan	11
2.1.5. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	12
2.1.6. Pengukuran Pengetahuan.....	14
2.2. Konsep Kecemasan.....	15

2.2.1. Definisi.....	15
2.2.2. Teori Kecemasan	15
2.2.3 Ciri-Ciri dan Gejala Kecemasan	18
2.2.4 Tingkat Kecemasan.....	19
2.2.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan.....	22
2.2.6. Respon Kecemasan	25
2.2.7. Upaya Untuk Mengurangi Kecemasan	27
2.2.8. Pemeriksaan Skala Kecemasan Dengan Skala HARS.....	30
2.2.9. Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat.....	32
2.3. Konsep Keluarga	33
2.3.1. Definisi.....	33
2.3.2. Ciri-Ciri Keluarga	33
2.3.3. Tipe-Tipe Keluarga	33
2.3.4. Fungsi Keluarga	36
2.3.5. Struktur Keluarga.....	37
2.4. Konsep Rumah Sakit	38
2.5. Konsep <i>Intensive Care Unit</i> (ICU).....	38
2.5.1. Pengertian	38
2.5.2. Klasifikasi Pelayanan <i>Intensive Care Unit</i> (ICU).....	39
2.5.3. Kriteria Masuk <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	45
2.5.4. Kriteria Keluar <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	46
2.6. Hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kecemasan pada anggota keluarga yang di rawat	47
2.7. Kerangka Teori	48
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	49
3.1. Kerangka Konseptual	49
3.2. Hipotesis	50
BAB IV METODE PENELITIAN	51
4.1. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	51
4.2. Desain Penelitian	51
4.3. Kerangka Kerja.....	52

4.4. Populasi, Sampel Dan Sampling.	54
4.4.1. Populasi	54
4.4.2. Sampel	54
4.4.3. Sampling	54
4.5. Identifikasi Variabel	54
4.6. Variabel dan Definisi Operasional	55
4.7. Rencana Pengumpulan dan Pengolahan Data	56
4.7.1. Instrumen	56
4.7.2. Pengumpulan dan Pengolahan Data	56
4.8. Etika Penelitian.....	59
4.8. Keterbatasan Penelitian	60
 BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	 61
5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	61
5.2. Hasil Penelitian	63
5.2.1 Data Umum	63
5.2.1 Data Khusus	65
5.2.3 Analisis Hubungan Pengetahuan dengan tingkat Kecemasan.....	66
5.3 Pembahasan	67
5.3.1 Penilaian Karakteristik Responden	67
5.3.2 Penilaian Pengetahuan Keluarga	69
5.3.3 Penilaian Tingkat Kecemasan Keluarga	70
5.3.4 Penilaian Analisis Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang ICU	71
 BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	 72
6.1 Kesimpulan	72
6.2 Saran	72
 DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

1.5.	Relevansi Penelitian	5
2.1.	Tabel Ketenagaan Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	39
2.2.	Tabel Desain Berdasarkan Klasifikasi Pelayanan <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	41
2.3.	Tabel Peralatan Berdasarkan Klasifikasi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	42
2.4.	Kemampuan Pelayanan Berdasarkan Klasifikasi	43
4.1.	Definisi Operasional	54
5.1.	Karakteristik Berdasarkan Umur	61
5.2.	Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin	61
5.3.	Karakteristik Berdasarkan Pendidikan	62
5.4.	Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan	62
5.5.	Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pengetahuan	63
5.6.	Karakteristik Berdasarkan Tingkat Kecemasan	63
5.7.	Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Kecemasan Anggota Keluarga Pasien Yang Dirawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	64

DAFTAR GAMBAR

2.7	Kerangka Teori	47
3.1.	Kerangka Konseptual	48
4.3.	Kerangka Kerja	52
5.1.	RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun	61



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Stupen Penelitian dari STIKES ke RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Lampiran 2 Surat Balasan Persetujuan Stupen Penelitian dari RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Lampiran 3 Lembar Permohonan Uji Expert Quisioner 1

Lampiran 4 Lembar Hasil Uji Expert Quisioner 1

Lampiran 5 Lembar Permohonan Uji Expert Quisioner 2

Lampiran 6 Lembar Hasil Uji Expert Quisioner 2

Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian dari STIKES BCM

Lampiran 8 Surat Balasan Persetujuan Penelitian dari RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Lampiran 9 Lembar Rencana Kegiatan Penelitian

Lampiran 10 Lembar Quisioner Pengetahuan

Lampiran 11 Lembar Quisioner Tingkat Kecemasan

Lampiran 12 Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 13 Lembar Konsultasi Pembimbing II

Lampiran 14 Dokumentasi Pengisian Quisioner

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hal yang sangat diidamkan dan diharapkan oleh semua lapisan masyarakat. Dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya, manusia tidak luput dari upaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan agar senantiasa terbebas dan terhindar dari segala bentuk penyakit. Salah satu sarana yang dapat memenuhi kebutuhan manusia untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan adalah rumah sakit. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat (Permenkes RI No 3 Tahun 2020).

Data WHO tahun 2016 didapatkan pasien kritis di *Intensive care Unit* (ICU) prevalensinya meningkat setiap tahun, Tercatat 9,8% sampai 24,6% pasien kritis dan dirawat di ICU per 100.000 penduduk, serta kematian akibat penyakit kritis hingga kronik di dunia meningkat sebanyak 1,1 sampai 7,4 juta orang.

Dari data Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes melitus dan hipertensi. Prevalensi kanker naik dari 1,4% menjadi 1,8%; prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%; dan penyakit ginjal kronis naik dari 2% menjadi 3,8%; diabetes melitus naik dari 6,9% menjadi 8,5% dan hipertensi naik dari 25,8% menjadi 34,1%. Salah satu instalasi untuk menangani pasien yang membutuhkan perawatan rawat inap intensive adalah ruangan *Intensive Care Unit* (ICU). *Intensive care Unit* (ICU) adalah tempat perawatan pasien kritis, gawat, atau pasien yang memiliki resiko tinggi terjadinya kegawatan, dengan sifat yang *reversible*, dengan penerapan terapi agresif, teknologi canggih, monitoring invasif, atau non invasif dan penggunaan obat paten (Pelapu, Killing & Rumampuk, 2018).

Pada umumnya pasien, datang ke ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) dengan berbagai macam kondisi dan rata-rata pasien datang dalam keadaan kritis hal ini menyebabkan keluarga pasien datang dengan berbagai macam perasaan antara stress, cemas dan takut kehilangan. Dalam sebuah unit keluarga, penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi salah satu atau lebih anggota keluarga dalam hal tertentu, seringkali akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Bila salah satu individu dalam sebuah keluarga menderita penyakit dan memerlukan tindakan perawatan, maka hal ini tidak akan menimbulkan cemas pada dirinya sendiri tapi juga dengan keluarganya (Sugiyanto, 2014).

Perawatan intensif merupakan unit yang berbeda dengan unit di ruangan yang lain. Perawatan di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) berfokus pada kondisi pasien serta peralatan yang digunakan. Kondisi pasien tersebut dapat menyebabkan terjadinya kecemasan pada keluarga (Herawati dan Faradilla, 2017). Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Sentana, 2016). Kecemasan pada keluarga bisa menghambat proses perawatan pasien, karena dengan kecemasan bisa menimbulkan stress pada keluarga yang bisa berdampak pada dukungan perawatan. Kondisi stress yang dialami oleh keluarga dapat menghambat kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang sedang dirawat di Ruang perawatan intensif (Zahara, Ibrahim, & Sriati, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Aan Dwi Sentana tahun 2016 tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) adalah pengetahuan. Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Muhamad Abdul Azis (2018) tentang kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Islam Sakinah Kabupaten Mojokerto bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada keluarga pasien yang dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) salah satunya adalah pengetahuan.

Pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan indra atau akal budinya untuk mengenali benda serta kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau yang belum dirasakan sebelumnya (www.wikipedia.org/wiki). Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoadmojo, 2014). Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya umur, tingkat pendidikan, informasi dan pengalaman.

Bertambahnya pengalaman dan informasi yang dimiliki dapat menyebabkan bertambah pula pengetahuan seseorang (Kusumawati, 2013). Perawat adalah suatu profesi mulia yang memerlukan kemampuan untuk memperhatikan orang lain (Herawati dan Faradilla, 2017) Salah satu peran perawat adalah sebagai edukator yaitu sebagai pendidik dalam memberikan pengetahuan, serta informasi kepada individu, keluarga serta kelompok masyarakat (Hapsari, 2013). Pengetahuan yang tinggi diharapkan dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) sehingga dukungan keluarga terhadap perawatan bisa maksimal.

Penelitian yang dilakukan oleh Pelapu, Killing & Rumampuk (2018) tentang hubungan pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga tentang kondisi pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kecemasan. Hal ini sesuai juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Fyl Asro Arosa, Jumaini (2014), tentang hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang hemodialisa dengan tingkat kecemasan keluarga yang anggota keluarganya menjalani terapi hemodialisa. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang hemodialisa dengan tingkat kecemasan keluarga yang anggota keluarganya menjalani hemodialisa.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin bulan Juni 2018 sampai Mei 2019 didapatkan data dari Rekam Medis RSUD Sultan Imanuddin jumlah pasien yang dirawat di ruang ICU tahun 2019 sebanyak 313 pasien, meningkat dari

sebelumnya tahun 2018 sebanyak 235 pasien. Pasien meninggal pada tahun 2019 sebanyak 84 pasien dan pindah ruangan sebanyak 259 pasien (Rekam Medis RSUD Sultan Imanuddin, 2020). Jumlah rata-rata pasien *Intensive Care Unit* (ICU) sejumlah 26 orang.

Dari jumlah rata-rata pasien yang dirawat di ruang ICU, keluarga pasien mengungkapkan perasaan sangat cemas dengan keadaan anggota keluarga yang dirawat di ruang ICU.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Hubungan pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti ingin mengetahui apakah ada Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga yang dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang perawatan anggota keluarga di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).
- 2) Mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga pada anggota keluarga yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).
- 3) Menganalisis apakah ada hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kecemasan pada anggota keluarga yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai literatur dalam meningkatkan pengetahuan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Untuk Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini bisa dijadikan sumber di perpustakaan dan bisa digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU).

2) Untuk Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan di *Intensive Care Unit* (ICU).

3) Untuk Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan bisa dijadikan rujukan serta bahan untuk melakukan penelitian berikutnya.

1.5 Relevansi Penelitian

Tabel 1.1 Perbandingan penelitian dengan penelitian yang lain

No	Peneliti	Judul	Variabel	Desain/ metode	Hasil
1.	Azis, (2008)	Kecemasan keluarga pasien di Ruang <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) Rumah Sakit Islam Sakinah Kabupaten Mojokerto	Independen : Pengetahuan Dependen : Kecemasan keluarga pasien di Ruang intensif <i>Care unit</i> (ICU)	1. Desain penelitian ini adalah penelitian deskriptif, teknik <i>sampling</i> menggunakan <i>purposive sampling</i> 2. Populasi penelitian adalah seluruh keluarga pasien di ruang ICU, sampel berjumlah 35, instrument yang digunakan adalah kuesioner <i>Hammilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS)	Hasil dari penelitian ini adalah sebagian besar usia responden 26-35 tahun (34,3%), sebagian besar pendidikan SD (57,1%), sebagian besar responden mengalami kecemasan berat (45,7%).
2.	Veronica	Hubungan	Independen	1. Desain penelitian	Hasil

Pelapu, Maykel Killing, Joost Rumampuk, (2018)	pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga tentang kondisi pasien di ruangan ICU RSUP Prof.Dr.R.D.Ka ndou Manado	Pengetahuan Dependen Tingkat kecemasan keluarga tentang kondisi pasien di ruangan ICU	ini menggunakan rancangan penelitian <i>cross sectional</i> 2. Sampel penelitian sebanyak 45 orang dari total 120 populasi. Pengambilan sampel menggunakan tehnik <i>purposive sampling</i> . Hasil uji statistik menggunakan <i>Spearman Rho</i>	penelitian berdasarkan hasil uji <i>Spearman Rho</i> menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kecemasan.
3. Arosa, Jumaini, & Woferst, (2014)	Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan keluarga yang anggota keluarganya menjalani terapi hemidialisa	Independen : Tingkat pengetahuan keluarga tentang hemodialisa Dependen : Tingkat kecemasan keluarga	1. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan <i>cross sectional</i> 2. Sampel sebanyak 52 responden yang memenuhi kriteria inklusi dengan metode pengambilan sampel <i>accidental sampling</i>	Hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kecemasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Azis tahun 2018 tentang Kecemasan keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Islam Sakinah Kabupaten Mojokerto, variabel independennya adalah kecemasan keluarga di ruang *Intensive Care Unit* (ICU), metode penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif, tehnik *sampling* menggunakan tehnik *purposif sampling* serta populasi yang digunakan adalah seluruh keluarga pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU). Perbedaan dengan yang peneliti lakukan adalah pada penelitian kali ini peneliti menggunakan variabel penelitian yaitu variabel independen pengetahuan keluarga, variabel dependennya adalah kecemasan

keluarga, metode penelitian menggunakan desain deskriptif korelasi dan menggunakan tehnik *total sampling* dalam penelitian, serta sampel dalam penelitian yang akan dilakukan adalah keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Penelitian yang dilakukan oleh Veronica Pelapu, Maykel Killing, Joost Rumampuk, (2018), tentang Hubungan pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga tentang kondisi pasien di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, variabel independen penelitian ini adalah Pengetahuan serta variabel dependennya adalah tingkat kecemasan keluarga. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik *cross sectional*, sampel yang diambil menggunakan tehnik *purposive sampling*. Penelitian yang akan peneliti lakukan variabel independennya adalah pengetahuan keluarga serta variabel dependennya adalah tingkat kecemasan sama dengan penelitian sebelumnya, perbedaannya yaitu peneliti menggunakan desain deskripsi korelasi, tehnik pengambilan sampel peneliti menggunakan tehnik *total sampling*.

Penelitian dari Arosa, Jumaini, & Woferst, (2014) tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Hemodialisa dengan Tingkat Kecemasan keluarga yang anggota keluarganya menjalani terapi hemodialisa, variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan keluarga tentang hemodialisa, variabel dependennya adalah tingkat kecemasan keluarga yang anggota keluarganya menjalani hemodialisa, metode penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*, sampel diambil secara *accidental*. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah tentang variabel pengetahuan yang akan diteliti. Peneliti meneliti tentang pengetahuan keluarga tentang *Intensive Care Unit* (ICU) serta pada tehnik pengambilan sampel menggunakan *total sampling*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pengetahuan

2.1.1 Pengertian

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra mata dan telinga (Notoadmojo, 2014). Pengetahuan adalah kumpulan informasi yang didapat dari pengalaman atau sejak lahir, yang menjadikan seseorang itu tahu akan sesuatu (Fauziyah, 2015). Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap suatu objek tertentu, merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku yang terbuka atau *open behaviour* (Donsu, 2017). Pengetahuan adalah suatu hasil tahu dari manusia atas penggabungan atau kerjasama antara suatu subyek yang mengetahui dan objek yang diketahui (Suriasumantri dalam Nuroh, 2017).

2.1.2 Proses Pengetahuan

Menurut Muhtar (2019), manusia dalam kehidupannya mempunyai rasa ingin tahu akan segala sesuatu yang berkembang dari waktu ke waktu. Penalaran merupakan suatu proses berfikir dalam menarik suatu kesimpulan yang berupa pengetahuan. Pada dasarnya terdapat dua cara pokok bagi manusia untuk mendapatkan pengetahuan yang benar yaitu mendasarkan diri kepada rasio dan mendasarkan diri pada pengalaman. Pengetahuan dapat diperoleh dengan menggunakan beberapa sumber diantaranya adalah

1) *Empirisme*

Menurut aliran ini, manusia memperoleh pengetahuan melalui pengalamannya, kebenaran pengetahuan hanya didasarkan fakta-fakta yang ada di lapangan. Pengetahuan manusia itu dapat diperoleh melalui pengalaman konkret karena gejala-gejala alamiah yang terjadi bersifat konkret dan dapat dinyatakan melalui indra manusia. Sumber pengetahuan adalah pengamatan. Pengamatan memberikan dua hal yaitu kesan (*impression*) dan pengertian pengertian atau ide-ide. Yang dimaksud kesan-kesan adalah pengamatan langsung yang diterima dari suatu pengalaman. Ide adalah gambaran tentang pengamatan yang samar-samar yang dihasilkan dengan merenungkan kembali atau merefleksikan dalam sebuah kesan yang diterima pengalaman. Berdasarkan konsep *empirisme* ini, sumber yang utama untuk memperoleh pengetahuan adalah data empiris yang diterima melalui panca indra.

2) *Rasionalisme*

Pada proses ini menyatakan bahwa akal adalah dasar kepastian pengetahuan. Pengetahuan yang benar diperoleh dan diukur dengan akal. Manusia memperoleh pengetahuan melalui kegiatan menangkap objek. Fungsi panca indra hanya untuk memperoleh data dari alam nyata dan akalnya menghubungkan data-data tersebut. Dalam penyusunan konsep ini akal menggunakan konsep konsep rasional atau ide universal.

3) *Intuisi*

Intuisi adalah suatu pengetahuan yang berlangsung, mutlak dan bukan pengetahuan yang nisbi. Intuisi mengatasi sifat lahiriah pengetahuan, simbolis, yang pada dasarnya bersifat analisis, menyeluruh, mutlak tanpa dibantu oleh penggambaran secara simbolis. Intuisi bersifat personal dan tidak bias diramalkan. Pengetahuan intuisi dapat digunakan sebagai hipotesis untuk penelitian selanjutnya dalam menentukan benar tidaknya pernyataan yang dikemukakan.

Kegiatan intuisi dan analisis bisa bekerja saling membantu dan menemukan kebenaran.

4) Wahyu

Wahyu adalah pengetahuan yang disampaikan oleh Allah kepada manusia melewati perantara para nabi. Para nabi memperoleh pengetahuan dari Tuhan tanpa upaya, tanpa susah payah, tanpa memerlukan waktu dalam memperolehnya. Pengetahuan jenis ini merupakan kekhususan para nabi. Hal inilah yang membedakan mereka dengan manusia lainnya. Wahyu berisikan pengetahuan baik mengenai kehidupan seseorang yang terjangkau oleh pengalaman, maupun yang mencakup suatu masalah *transedental*.

2.1.3. Tingkatan Pengetahuan.

Menurut Notoadmojo (2014), ada enam tingkatan pengetahuan yaitu :

1) Tahu (*Know*)

Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga tingkatan pengetahuan pada tahap ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan.

2) Memahami (*Comprehension*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan tentang objek atau sesuatu dengan benar. Seseorang yang telah memahami tentang pelajaran atau materi dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen komponen yang ada kaitannya satu sama lain.

Kemampuan analisis yang dimiliki seseorang seperti dapat menggambarkan, memisahkan atau mengelompokkan, membedakan atau membandingkan.

5) Sintesis (*Shyntesis*)

Pengetahuan yang dimiliki adalah kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini merupakan suatu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Evaluasi dapat digambarkan sebagai suatu proses merencanakan, memperoleh dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan.

2.1.4. Cara Memperoleh Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh diperoleh dari berbagai pengalaman yang berasal dari berbagai sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media, poster, kerabat dekat dan sebagainya. Menurut Notoadmodjo (2012), dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu:

1) Cara Kuno Atau Non Modern

(1) *Trial and Error*

Cara ini dilakukan dengan cara menggunakan suatu kemungkinan dalam memecahkan suatu masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak bisa dicoba kemungkinan yang lain.

(2) Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi merupakan sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

(3) Melalui Jalan Fikiran

Untuk memperoleh suatu pengetahuan serta kebenarannya, manusia harus menggunakan jalan fikirannya serta penalarannya. Banyak sekali kebiasaan kebiasaan atau tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Kebiasaan kebiasaan seperti ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi ke generasi yang lain. Kebiasaan kebiasaan ini diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak.

2) Cara Modern

Cara baru atau cara modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis dan alamiah. Cara ini disebut penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian.

(1) Metode Induktif

Pada metode induktif ini, pada awalnya mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau gejala kemasyarakatan yang kemudian hasilnya dikumpulkan atau diklasifikasikan dan akhirnya diambil suatu kesimpulan umum.

(2) Metode Deduktif

Pada Metode deduktif, menerapkan hal-hal yang umum terlebih dahulu, kemudian untuk seterusnya dihubungkan dengan bagian-bagian yang khusus.

2.1.5. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah :

1) Faktor Internal

(1) Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tingkah laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Makin tinggi pendidikan dan makin banyak pelatihan yang diikuti,

tentu akan mempengaruhi banyaknya atau luasnya pengetahuan seseorang (Bagaskoro, 2019). Pendidikan merupakan faktor yang penting dalam kehidupan sehari-hari. Tingkat pendidikan mempengaruhi seseorang tentang kognitif (Suwarya & Yuwono, 2017).

(2) Usia

Usia seseorang bisa mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir. Semakin bertambah usia semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin baik (Suwarya & Yuwono, 2017). Bertambahnya usia seseorang tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya (Faot, 2019).

(3) Pekerjaan

Pekerjaan seseorang berpengaruh terhadap pengetahuan dan pengalaman seseorang. Kinerja dan kemampuan otak seseorang dalam menyimpan (daya ingat) dapat bertambah atau meningkat ketika sering digunakan salah satunya yaitu pada suatu pekerjaan yang sering menggunakan otak (Suwarya & Yuwono, 2017). Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang akan memperoleh pengalaman dan pengetahuan dengan baik secara langsung maupun tidak langsung (Faot, 2019).

2) Eksternal

(1) Media

Media media yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah media yang secara khusus di desain untuk mencapai masyarakat yang luas. Contoh dari media ini adalah televisi, radio, koran, dan majalah. Media-media ini akan sangat

banyak mempengaruhi pengetahuan dan wawasan seseorang (Bagaskoro, 2019).

(2) Informasi

Banyak atau luasnya pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh seberapa banyak informasi yang dijumpainya dalam kehidupan sehari-hari dan juga yang diperoleh dari data dan pengamatan terhadap kehidupan di sekitarnya (Bagaskoro, 2019).

(3) Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok (Faot, 2019).

(4) Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat bisa mempengaruhi sikap dalam memperoleh informasi (Faot, 2019).

2.1.6. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian (Notoadmojo, 2014). Menurut Nursalam, (2016), pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan menjadi :

- 1) Baik : 76 sampai 100 %
- 2) Cukup : 56 sampai 75 % Kurang : < 56 %.

Menurut Budiman, 2013 dalam (Hombing, 2015) pengukuran tingkat pengetahuan dapat dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Tingkat pengetahuan dapat dikatakan baik jika responden mampu menjawab pertanyaan pada kuisioner dengan benar sebesar $\geq 75\%$ dari seluruh pertanyaan dalam kuisioner.
- 2) Tingkat pengetahuan dapat dikatakan sedang jika responden mampu menjawab pertanyaan pada kuisioner dengan benar sebesar

56% sampai 74% dari seluruh pertanyaan dalam quisioner.

- 3) Tingkat pengetahuan dapat dikatakan kurang jika responden mampu menjawab pertanyaan pada quisioner dengan benar sebesar $< 55\%$ dari seluruh pertanyaan dalam quisioner.

2.2. Konsep Kecemasan

2.2.1. Definisi

Kecemasan atau *anxietas* adalah istilah yang sering digunakan didalam kehidupan sehari-hari yaitu menggambarkan suatu keadaan kekhawatiran, kegelisahan yang tidak menentu, atau reaksi ketakutan dan tidak tentram yang terkadang disertai berbagai keluhan fisik. Kecemasan merupakan suatu respon emosional dan penilaian individu yang subyektif yang dipengaruhi oleh alam bawah sadar dan belum diketahui secara khusus yang menjadi faktor penyebabnya (Pieter, Janiwarti & Saragih, 2011). Kecemasan adalah kondisi emosi dengan timbulnya rasa tidak nyaman pada diri seseorang, dan merupakan pengalaman yang samar-samar disertai dengan perasaan tidak berdaya serta tidak menentu yang disebabkan oleh suatu hal yang belum jelas (Annisa & Ifdil, 2016). Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Diferiansyah, Septa, & Lisiswanti, 2016).

2.2.2. Teori Kecemasan

Teori tentang kecemasan terdiri dari :

1) Teori Psikologis

Ada tiga teori psikologis penyebab kecemasan yaitu :

(1) Teori Psiko Analitik

Sigmund Freud mendefinisikan kecemasan sebagai tanda adanya bahaya tanpa disadari. Kecemasan dipandang sebagai hasil konflik psikis antara keinginan yang agresif atau dorongan seksual yang tidak disadari dengan ancaman yang akan datang secara bersamaan dari super ego atau suatu kenyataan eksternal (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Kecemasan memberi sinyal kepada ego untuk menciptakan

suatu pertahanan terhadap tekanan dari dalam diri orang tersebut. Umumnya, penggunaan represi sudah cukup untuk memulihkan keseimbangan psikologis seseorang, tetapi jika tidak berhasil akan menjadi regresi yang akhirnya distress (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

(2) Teori Perilaku

Teori ini mengemukakan bahwa kecemasan merupakan respon yang dikondisikan sesuai dengan adanya stimulus yang spesifik dari lingkungan. Individu menerima stimulus tertentu sebagai stimulus yang tidak disukai, sehingga menimbulkan kecemasan. Setelah terjadi berulang ulang akhirnya menjadi kebiasaan untuk menghindari stimulus tersebut (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Adanya suatu rangsangan atau stimulus menyebabkan seseorang belajar beradaptasi dan menjadi kebiasaan untuk menghindari rangsangan tersebut (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

(3) Teori Eksistensi

Teori ini memberikan suatu model-model dari kecemasan menyeluruh, dimana tidak ada stimulus yang dapat diidentifikasi untuk perasaan cemas yang bersifat kronis. Konsep inti dari teori ini adalah bahwa orang yang mengalami perasaan hidup dalam dunia tanpa tujuan (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Kecemasan merupakan respon terhadap persepsi kehampaan tersebut (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

2) Teori Biologis

Teori ini dikembangkan dari penelitian pra klinis dengan model kecemasan pada binatang dan pengetahuan tentang neurologis dasar dan kerja obat psikoterapeutik. Teori ini berhubungan dengan sistem saraf otonom dan *neurotransmitter* (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Dengan adanya suatu stressor dapat menyebabkan pelepasan

epinephrin dari adrenal kemudian diteruskan ke korteks cerebri, kemudian ke sistem limbik dan *reticular activating system* (RAS), lalu ke arah hipotalamus dan hipofisis. Kemudian kelenjar adrenal mensekresikan katekolamin dan terjadi stimulasi saraf otonom (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017). Stimulasi saraf otonom menyebabkan timbulnya gejala-gejala tertentu seperti gejala kardiovaskuler (*tachicardi*), nyeri kepala, gangguan gastro intestinal, gangguan respirasi. Sistem saraf otonom pada pasien dengan gangguan kecemasan menunjukkan peningkatan tonus simpatik yang beradaptasi secara berlebihan terhadap stimulus dengan intensitas sedang (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015).

Beberapa *neurotransmitter* yang berhubungan dengan kecemasan adalah norepinephrin, serotonin serta *gamma aminobutyric acid* (GABA) (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017). Teori mengenai peranan norepinephrin dalam kecemasan yaitu adanya sistem noradrenergik yang tidak teregulasi dengan baik disertai ledakan aktivitas pada saat saat tertentu seperti yang tampak pada gejala kronik kecemasan (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Sistem noradrenergik ini memiliki badan sel yang berlokasi di lobus sereleus di pons rostral yang kemudian aksonnya keluar ke korteks serebral sistem limbik, batang otak dan medula spinalis (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

Penelitian mengenai peranan serotonin dalam proses kecemasan menunjukkan hasil yang berbeda-beda sehingga pola abnormalitasnya belum dapat dijelaskan (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Serotonin adalah salah satu *neurotransmitter* yang bertanggung jawab untuk mengatur suasana hati kita. Ketika kadar serotonin rendah, seseorang cenderung mengalami kecemasan depresi dan cepat marah (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

Peranan GABA dalam kecemasan didukung kuat oleh efikasi benzodiazepin dalam mengatasi gangguan pada kecemasan. Obat tersebut meningkatkan aktifitas GABA pada reseptor GABA tipe A dimana reseptor tersebut diduga mengalami abnormalitas pada pasien dengan gangguan kecemasan (Nathalia, Fitrikasari, & Widodo, 2015). Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang kurang baik. Kemudian peranan GABA dalam kecemasan dibuktikan dengan manfaat benzodiazepin yang bekerja meningkatkan GABA yang dapat mengatasi adanya gangguan kecemasan umum maupun gangguan panik (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

2.2.3. Ciri Ciri dan Gejala Kecemasan

Menurut Jeffrey S. Nevid, (2005) (dalam Annisa & Ifdil, 2016), Kecemasan memiliki beberapa ciri yaitu ciri fisik meliputi kegelisahan, kegugupan, tangan atau anggota tubuh bergetar, atau gemetar, sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, kekencangan pada pori-pori kulit atau dada, banyak berkeringat, telapak tangan berkeringat, pening atau pingsan, mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit berbicara, sulit bernafas, jari jari atau anggota tubuh yang lain menjadi dingin, pusing, merasa lemas atau mati rasa, sulit menelan, kerongkongan terasa tersekat, leher atau punggung terasa kaku, sensasi seperti tercekik atau tertahan, tangan yang dingin dan lembab, terdapat gangguan sakit perut atau mual, panas dingin, sering buang air kecil, wajah memerah, diare, dan merasa sensitif atau mudah marah.

Ciri *behavioral* yaitu perilaku menghindari, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang. Ciri kognitif yaitu khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu atau ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi tanpa ada penjelasan, terpaku pada sensasi atau kebutuhan, sangat waspada terhadap sensasi kebutuhan, merasa

terancam atas orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapat perhatian, takut kehilangan kontrol, ketakutan akan ketidakmampuan menghadapi masalah, berfikir bahwa dunia akan mengalami keruntuhan, berfikir bahwa semuanya tidak bisa dikendalikan, terasa sangat membingungkan dan tidak bisa diatasi, khawatir terhadap hal-hal yang sepele, berfikir tentang hal yang mengganggu yang sama secara berulang ulang, berfikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian, pikiran merasa kebingungan, tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran yang mengganggu, berfikir akan segera mati, khawatir ditinggal sendirian, serta sulit berkonsentrasi atau fokus.

2.2.4. Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart & Sandeen (dalam Mardjan, 2016), Tingkat kecemasan atau *anxietas* terdiri dari :

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan merupakan perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berfikir, bertindak, merasakan dan melindungi dirinya sendiri. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan kreatifitas dan pertumbuhan (Mardjan, 2016). Pada tingkat kecemasan ringan seseorang mengalami ketegangan yang dirasakan setiap hari sehingga menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Seseorang akan lebih tanggap dan bersikap positif terhadap suatu peningkatan minat dan motivasi. Tanda-tanda tingkat kecemasan ringan berupa gelisah, mudah marah dan perilaku mencari perhatian (Saputro & Fazrin, 2017).

Kecemasan ringan berkaitan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan klien menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsi. Respon yang ditimbulkan

dari aspek kognitif, afektif, fisiologi, perilaku dan sosial ini masih dalam batas normal. Dampak dari kecemasan tingkat ringan adalah meningkatnya suatu kewaspadaan serta kemampuan dalam belajar (Zaini, 2019). Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan kehidupan sehari-hari dan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas (Annisa & Ifdil, 2016).

2) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi (Mardjan, 2016). Kecemasan sedang menginginkan seseorang untuk memusatkan pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan hal-hal yang lain, sehingga seseorang akan mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Pada tingkat kecemasan sedang ini, seseorang akan kelihatan serius dalam memperhatikan segala sesuatu. Tanda-tanda tingkat kecemasan sedang berupa suara bergetar, perubahan dalam nada suara, tachicardi, gemeteran, peningkatan ketegangan otot (Saputro & Fazrin, 2017).

Pada tingkat kecemasan sedang ini memungkinkan klien untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan hal lain sehingga klien mengalami perhatian yang selektif, namun masih dapat melakukan aktifitas yang terarah. Efek yang ditimbulkan adalah kemampuan berfokus pada masalah utama, tetap mampu melakukan perhatian dan mampu belajar. Respon fisiologis dalam kondisi normal mulai terjadi peningkatan. Respon kognitif juga menunjukkan penyempitan lapang persepsi, sedangkan respon emosi dan perilaku ditunjukkan dengan sikap waspada dan bertentangan (Zaini, 2019). Pada kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang lain.

Kecemasan ini mempersempit lapang pandang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (Annisa & Ifdil, 2016).

3) Kecemasan Berat

Kecemasan berat dialami ketika individu yakin bahwa ada sesuatu yang berbeda dan mengancam. Individu memperlihatkan respon takut dan distress. Ketika individu mencapai tingkat tertinggi anxietas, panik berat, semua pemikiran rasional berhenti dan individu tersebut mengalami respon *fight*, yakni kebutuhan untuk pergi secepatnya dan tidak dapat melakukan sesuatu (Mardjan, 2016). Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi serta cenderung memusatkan pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi menurunkan kecemasan dan fokus pada kegiatan lain berkurang. Tanda-tanda kecemasan berat berupa perasaan terancam, ketegangan otot berlebihan, perubahan pernafasan, perubahan gastrointestinal (mual, muntah, rasa terbakar di ulu hati, sendawa, anoreksia, diare), perubahan kardiovaskuler, dan ketidakmampuan konsentrasi (Saputro & Fazrin, 2017).

Skala kecemasan berat memungkinkan klien mengalami suatu penurunan lapang persepsi klien. Perilaku yang ditunjukkan oleh klien mengarah pada perilaku untuk mengurangi ketegangan serta membutuhkan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pikiran. Dampak yang ditimbulkan adalah ketidakmampuan berfokus atau tidak mampu menyelesaikan masalah serta terjadinya aktifitas sistem saraf simpatis. Respon yang ditunjukkan adalah terjadi gangguan fungsi adaptif dan mempengaruhi interaksi sosial dengan orang lain. Kecemasan berat dengan orang lain. Kecemasan berat menyebabkan seseorang sulit berfikir dan mengambil keputusan, perubahan

tanda tanda vital, memperlihatkan kegelisahan, dan klien akan menggunakan cara untuk mengatasi suatu ketegangan (Zaini, 2019). Kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir hal lain. Semua perilaku yang muncul ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (Annisa & Ifdil, 2016).

4) Panik

Pada keadaan panik, terjadi disorganisasi pada individu. Individu tersebut tidak dapat mengendalikan diri dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi saran dan arahan. Panik dapat menyebabkan diare, mulut kering, sering kencing, sulit menelan (Sandjaja, Sarjana, & Jusup, 2017).

2.2.5. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Wuryaningsih, Windarti, Dewi, & Deviantony Fitrio (2018), faktor yang mempengaruhi kecemasan terdiri dari :

1) Faktor Predisposisi

Menurut Stuart 2013 dalam (Wuryaningsih, Windarti, Dewi, & Deviantony Fitrio, 2018), Faktor predisposisi merupakan faktor resiko atau faktor protektif seseorang yang mempengaruhi individu dalam melepas *stressor*. Faktor predisposisi meliputi :

(1) Faktor Biologis

Faktor biologis merupakan faktor yang berhubungan dengan kondisi fisiologi individu yang mempengaruhi terjadinya *anxietas*. Beberapa teori yang melatar belakangi cara pandang faktor predisposisi biologis adalah teori genetik dan teori biologi. Teori genetik lebih menekankan pada keterlibatan komponen genetik terhadap berkembangnya perilaku *anxietas*. Sedangkan teori biologi lebih melihat struktur fisiologis yang meliputi fungsi saraf, hormon, anatomi dan kimia saraf. Selain teori genetik dan

biologi, teori kognitif juga digunakan sebagai dasar berfikir faktor predisposisi biologis.

(2) Faktor Psikologis

Teori psikoanalitik dan perilaku menjadi dasar pola pikir faktor predisposisi psikologis yang bisa mengakibatkan terjadinya kecemasan. Teori psikoanalisa yang dikembangkan oleh sigmund freud menjelaskan bahwa kecemasan atau *anxietas* merupakan suatu hasil dari ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Sebagai contoh konflik yang tidak disadari pada saat masa kanak-kanak, seperti takut kehilangan cinta atau perhatian orang tua, menimbulkan perasaan tidak nyaman, atau kecemasan pada masa kanak kanak, remaja atau dewasa awal. Selain teori psikoanalisis, teori perilaku juga mendasari faktor predisposisi psikologis. Teori perilaku memandang bahwa *anxietas* merupakan hasil pengalaman yang dipelajari oleh individu sepanjang daur kehidupannya. Setiap pengalaman yang diperoleh individu akan mempengaruhi perilakunya baik yang bersifat adaptif maupun yang bersifat maladaptif. Teori perilaku menekankan kecemasan atau *anxietas* sebagai hasil frustrasi dari segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

(3) Faktor Sosial Budaya

Faktor predisposisi sosial budaya dianalisis melalui beberapa teori yaitu interpersonal dan sosial budaya. Teori interpersonal melihat bahwa kecemasan terjadi dari ketakutan akan penolakan interpersonal. Hal ini juga dihubungkan dengan trauma pada masa pertumbuhan, seperti kehilangan, perpisahan, yang bisa menyebabkan seseorang

menjadi tidak berdaya. Individu yang mempunyai harga diri rendah biasanya sangat mudah mengalami kecemasan yang berat. Teori sosial budaya meyakini pengalaman seseorang yang sulit beradaptasi terhadap lingkungan sosial budaya tertentu dikarenakan konsep diri dan mekanisme koping. Stressor sosial dan budaya menjadi ancaman untuk seseorang dan bisa mempengaruhi berkembangnya perilaku maladaptif dan menjadi omset terjadinya kecemasan.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan stimulus internal maupun eksternal yang mengancam individu. Faktor presipitasi ini disebut sebagai faktor pencetus atau situasi yang dapat menimbulkan kecemasan. Situasi tersebut antara lain:

- (1) Kebutuhan hidup manusia kadang tidak dapat terpenuhi seperti makanan, udara, keamanan dan kenyamanan, serta situasi yang berkaitan dengan perubahan situasi yang berasal dari individu atau lingkungan.
- (2) Situasi yang berkaitan dengan kerentanan mengancam konsep diri pada individu seperti perubahan status dan kehormatan, kegagalan atau kesuksesan, dilema etik, kehilangan pengakuan dari orang lain, konflik dengan nilai-nilai yang diyakini.
- (3) Situasi yang berkaitan dengan kehilangan orang yang dicintai akibat dari kematian, perceraian, perpisahan akibat mobilisasi baik yang bersifat menetap maupun sementara konflik budaya.
- (4) Situasi yang berkaitan dengan ancaman integritas fisik seperti kondisi menjelang ajal, prosedur invasif, penyakit, kekerasan fisik, kecacatan, diagnosa penyakit yang tidak jelas, rencana operasi.
- (5) Situasi yang berhubungan dengan adanya perubahan lingkungan sekitar yang diakibatkan seperti penjara,

pensiun, hospitalisasi, pencemaran lingkungan, paparan lingkungan yang berbahaya, pengungsian, bencana alam, pengungsian militer.

- (6) Situasi yang berkaitan dengan perubahan status sosial ekonomi seperti pengangguran, promosi jabatan, memperoleh pekerjaan baru, mutasi pekerjaan.
- (7) Situasi yang berkaitan dengan harapan-harapan yang tidak realistik.
- (8) Kurang terpapar informasi.
- (9) Disfungsi sistem keluarga.
- (10) Penyalahgunaan zat.
- (11) Perubahan tahap perkembangan.

2.2.6. Respon Kecemasan

Menurut Zaini, (2019), respon kecemasan terdiri dari :

1) Respon Kognitif

Respon kognitif merupakan suatu media bagi interaksi antara klien dan lingkungannya. Klien dalam menilai suatu stressor dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah pandangan dan pemahaman klien terhadap stressor seperti sikap terbuka terhadap adanya perubahan, keterlibatan secara aktif dalam suatu kegiatan serta kemampuan klien mengontrol diri terhadap perubahan yang terjadi di lingkungan sekitar. Respon kognitif seseorang juga dipengaruhi oleh kemampuan koping seseorang yang berkaitan dengan pengalaman klien dalam menghadapi *stressor* serta efektifitas koping yang digunakan untuk mengontrol stress.

Respon kognitif yang muncul pada klien yang cemas meliputi respon kognitif secara subjektif dan objektif. Respon kognitif secara objektif diantaranya mudah lupa, mengatakan sulit mengambil keputusan, sering mimpi buruk, mengatakan takut kehilangan kontrol, bingung, pikiran bloking, mengungkapkan atau menyadari adanya gejala fisiologis, serta ketakutan

terhadap konsekuensi yang tidak spesifik. Respon kognitif secara objektif diantaranya adalah kesulitan konsentrasi atau tidak bisa konsentrasi, penurunan kemampuan untuk belajar, penurunan lapang persepsi, berfokus pada apa yang menjadi perhatian, penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah dan tidak mampu menerima rangsangan dari luar.

2) Respon Afektif

Respon afektif yang muncul pada klien berkaitan dengan suatu pengalaman dalam berinteraksi dengan orang lain, respon emosi dalam menghadapi stressor serta intensitas dari stressor yang diterima oleh klien. Berdasarkan penjelasan tersebut, maka rentang respon afektif pada klien yang cemas mengacu pada beberapa hal diantaranya pengalaman klien serta intensitas dari stressor. Respon afektif yang muncul pada klien meliputi respon afektif secara subjektif dan objektif. Respon afektif secara subjektif diantaranya merasa cemas, merasa menyesal, perasaan tidak aman, perasaan senang atau sedih yang berlebihan, gelisah dan merasa ketakutan, kesedihan yang mendalam, perasaan tidak adekuat dan perasaan tidak berdaya. Respon afektif secara objektif diantaranya berfokus pada diri sendiri, ragu dan tidak percaya diri, tidak sabar, suka marah yang berlebihan, cenderung menyalahkan orang lain, kewaspadaan meningkat dan gugup.

3) Respon Fisiologis

Respon fisiologis yang muncul pada klien meliputi respon fisiologis secara subjektif dan secara objektif. Respon fisiologis secara subjektif diantaranya adalah anoreksia, diare, nyeri abdomen, sering berkemih, peningkatan ketegangan otot, mulut kering, jantung berdebar, ada peningkatan reflek, kedutan pada otot serta bisa timbul kesemutan pada bagian ekstremitas. Respon fisiologis secara objektif diantaranya wajah tegang dan merah, nadi dan tekanan darah meningkat, sering nafas pendek,

tremor tangan, peningkatan keringat, suara bergetar, gangguan pola tidur, serta peningkatan frekwensi pernafasan.

4) Respon Perilaku

Respon perilaku yang muncul pada klien *anxietas* meliputi respon perilaku secara subjektif dan objektif. Respon perilaku secara subjektif yaitu penurunan produktifitas. Respon perilaku yang muncul secara objektif diantaranya melamun, tidak bisa tenang, misalnya gerakan kaki dan gerakan tangan, gerakan tersentak, gerakan yang *irrelevant*, gelisah serta tampak kurang koordinasi dalam gerakan.

5) Respon Sosial

Respon sosial secara subjektif yaitu sulit menikmati kegiatan sehari hari. Respon sosial yang muncul secara objektif diantaranya bicara yang berlebihan dan cepat, menarik diri dari hubungan interpersonal, kurang inisiatif, menghindari kontak sosial dengan orang lain dan terkadang menunjukkan sikap bermusuhan.

2.2.7. Upaya Untuk Mengurangi Kecemasan

Menurut Retno (2018), cara mengurangi kecemasan adalah :

1) Tetap Terhubung Dengan Orang Lain

Ketika sedang cemas, beberapa orang ingin menarik diri dari berhubungan dengan orang lain, keluarga dan masyarakat. Berpartisipasi dengan orang lain dalam pergaulan dapat membantu menumbuhkan rasa saling memiliki dan memungkinkan kita untuk merasa berguna, dengan menjaga tubuh dan fikiran tetap sibuk.

2) Menemukan Teman Untuk Bicara

Kecemasan bisa membuat kita percaya bahwa kita sendirian dan tidak ada orang yang memahami. Menemukan orang yang bisa dipercaya untuk berbicara, berbagi perasaan serta tantangan yang dialami tetap mungkin terjadi dan berguna untuk

mengatasi gejala kecemasan. Berbagi dengan seseorang adalah hal penting agar orang dapat memahami apa yang dirasakan.

3) Mencari Bantuan

Menemukan bantuan dan dukungan sangat penting ketika seseorang bergelut dengan masalah kecemasan. Ada beberapa dukungan yang tersedia misalnya melalui komunitas yang berisi orang-orang yang mengalami hal yang sama untuk mencari cara mengatasi gangguan kecemasan menyeluruh dan mencari cara menghilangkan kecemasan.

4) Tertawa

Kecemasan cenderung akan menghilangkan kesenangan dari diri dan menghalangi kita dari merasa senang. Ingatlah untuk memelihara kemampuan tertawa, dan bersenang-senang misalnya dengan membaca buku humor, menonton film. Cari waktu untuk bisa bersenang-senang agar kecemasan tidak menyita waktu.

5) Menjaga Pikiran

Ada beberapa cara untuk membantu pikiran agar tetap rasional sebagai cara mengatasi gangguan kecemasan. Menggunakan teknik seperti meditasi, berdoa, latihan pernafasan bisa membantu memperlambat proses pikiran dan emosional kita.

6) Mengetahui Pemicu

Cara untuk mengatasi kecemasan menyeluruh bisa dilakukan jika mengetahui situasi yang dapat memicu kecemasan atau penyebab kecemasan. Mewaspadaai pemicu bisa membantu untuk mengambil langkah untuk mengelola stres.

7) Mempertahankan Perilaku Positif

Banyak orang yang tertantang oleh kegelisahan seperti dengan gangguan kecemasan menyeluruh. Banyak orang yang mengalami gangguan kecemasan menyeluruh dan tetap dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari dengan baik. Kuncinya

adalah dengan mengambil waktu untuk mempelajari strategi yang paling cocok tetap bersikap dan berfikir positif.

8) Makan Dengan Benar

Konsumsi makanan dapat mempengaruhi diri baik secara fisik maupun emosional. Makanan tidak menyebabkan kecemasan, namun membuat pilihan makanan yang baik bisa membantu kita mempertahankan pikiran dan tubuh yang sehat. Mengonsumsi makanan yang manis dapat menyebabkan naik turunnya gula darah dengan cepat yang bisa mempengaruhi perasaan gelisah dan kelelahan.

9) Melakukan Gerak Tubuh

Menggerakkan tubuh bisa menjadi cara yang paling baik untuk mengatur stres. Olah raga membantu menaikkan hormon endorfin dan mengurangi ketegangan. Cobalah melakukan aktifitas favorit yang biasanya dinikmati. Pertahankan jadwal yang konsisten dan coba untuk melakukan latihan 3 sampai 4 kali perminggu atau lebih, bisa juga melakukan pijat atau menghilangkan ketegangan otot untuk membantu melemaskan otot yang tegang ketika mengalami kecemasan.

10) Tidur Yang Cukup

Menciptakan rutinitas jam tidur akan membantu untuk lebih rileks dan menyiapkan tidur yang berkualitas. Relaksasi, membaca, dan mematikan semua peralatan elektronik bisa membantu menyiapkan tubuh untuk beristirahat.

11) Melakukan Latihan Pernafasan

Ketika sedang mengalami kecemasan, pernafasan penderita juga akan terpengaruh dan sulit untuk bernafas normal. Cara bernafas yang pendek pendek merupakan salah satu gejala umum kecemasan diiringi otot dada yang mengencang dan ketegangan otot. Pada saat kecemasan biasanya penderita lupa bernafas dan pernafasan menjadi cepat dan dangkal.

12) Menenangkan Diri

Belajar menenangkan diri dengan cara melihat sesuatu yang bisa membuat tersenyum seperti pemandangan, binatang peliharaan, koleksi foto keluarga atau lainnya, bisa juga dengan mendengarkan musik yang menenangkan, aromaterapi, atau lainnya.

13) Hindari Kafein

Mengonsumsi kafein bisa membuat lebih gelisah, karena kafein bisa mengganggu tidur dan meningkatkan detak jantung. Hindari minuman yang mengandung kafein seperti teh, kopi, minuman kemasan, dan minuman energi bisa membantu mengurangi kecemasan.

14) Hindari Merokok dan Konsumsi alkohol

Merokok dan alkohol terbukti bisa memperburuk kecemasan. Mengurangi atau menghentikan konsumsi alkohol dan rokok bisa membantu cara mengatasi gangguan cemas menyeluruh.

15) Menghubungi Group Pendukung

Group pendukung bisa memberi saran bagaimana mengelola kegelisahan dan merupakan sarana yang bagus untuk bertemu dengan orang lain, dengan pengalaman yang sama. Dengan group pendukung bisa mengenali kesulitan dan masalah dengan orang lain.

2.2.8. Pemeriksaan Skala Kecemasan Dengan Skala HARS (*Hamilton anxiety rating scale*)

Hamilton anxiety rating scale (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956 untuk mengukur semua tanda kecemasan baik kecemasan psikis maupun somatik. *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) terdiri dari 14 item pertanyaan untuk mengukur adanya tanda kecemasan pada anak dan orang dewasa. *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) telah distandarkan untuk mengevaluasi tanda kecemasan pada individu yang sudah menjalani pengobatan

terapi setelah mendapatkan obat depresan dan sudah mendapatkan obat psikotropika.

Menurut Claresta (2014) *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan. *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) terdiri dari 14 item pertanyaan yaitu :

- 1) Perasaan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu, dan lesu.
- 3) Ketakutan takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- 4) Gangguan tidur yaitu sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan yaitu penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi yaitu hilang minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik yaitu nyeri pada otot, kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- 8) Gejala sensorik yaitu perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- 9) Gejala kardiovaskuler yaitu tachicardi, nyeri dada, denyut nadi melemas, dan detak jantung hilang sesaat.
- 10) Gejala pernafasan yaitu rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang dan merasa nafas pendek.
- 11) Gejala gastrointestinal yaitu sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- 12) Gejala urogenital yaitu sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorrhoe, ereksi lemah dan impotensi.

- 13) Gejala vegetatif yaitu mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu kuduk berdiri, pusing atau sakit kepala.
- 14) Perilaku sewaktu wawancara yaitu gelisah, jari jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat.

Cara penilaian kategori kecemasan adalah dengan memberi 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 setengah gejala yang ada.
- 4 : Sangat berat semua gejala ada.

Penentuan derajat kecemasan dengan menjumlah nilai skor dari item 1 sampai 14 dengan hasil :

1. Skor <14 tidak ada kecemasan.
2. Skor 14 – 20 kecemasan ringan.
3. Skor 21 – 27 kecemasan sedang.
4. Skor 28 – 41 kecemasan berat.
5. Skor > 41 panik

2.2.9 Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat

Pengetahuan keluarga pasien dalam hal ini sangat berperan penting, terutama ketika anggota keluarganya dirawat di ruang ICU dalam kondisi kritis memungkinkan perubahan fisiologis yang cepat memburuk sehingga menimbulkan kecemasan berlebih untuk keluarga pasien. Maka dari itu tingkat pengetahuan seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat kecemasan, jika tingkat pengetahuannya rendah maka tingkat kecemasan akan semakin tinggi, namun jika tingkat pengetahuannya tinggi maka tingkat kecemasan semakin rendah.

2.3. Konsep Keluarga

2.3.1. Definisi

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang merupakan sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah serta memiliki hubungan perkawinan, darah, kelahiran, ataupun adopsi, yang dimana setiap anggotanya memiliki fungsi dan tugas masing-masing (Nurjanah, 2019). Menurut Bussard & Ball 1996, (dalam Harnilawati, 2013), keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang, dalam keluarga seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran, kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya. Menurut BKKBN (1995) (dalam Husaini & Romadhon, 2017), Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual, dan material yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras, serasi dan seimbang antar anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

2.3.2. Ciri Ciri Keluarga

Menurut Robert MacIver & Charles Horton (dalam Harnilawati, 2013), ciri-ciri keluarga diantaranya keluarga merupakan hubungan perkawinan, berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara, mempunyai suatu sistem tata nama termasuk perhitungan garis keturunan, mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak serta tempat tinggal bersama, rumah atau keluarga. Sedangkan ciri keluarga indonesia menurut Harnilawati (2013), adalah mempunyai ikatan yang sangat erat dilandasi semangat gotong royong, dijiwai oleh nilai budaya ketimuran,

umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemusatan dilakukan secara musyawarah.

2.3.3. Tipe Tipe Keluarga

Menurut Harnilawati (2013), tipe keluarga dibagi menjadi :

1) Secara Tradisional

(1) Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Keluarga inti adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh melalui dari keturunan atau adopsi atau keduanya.

(2) Keluarga Besar (*Extended Family*)

Keluarga besar adalah satu keluarga inti ditambah anggota keluarga yang lain yang masih memiliki hubungan darah yaitu kakek, nenek, paman, bibi.

2) Secara Modern

Akibat perkembangan peran individu serta meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan keluarga modern terdiri atas :

(1) *Tradisional Nuclear*

Keluarga ini (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi sanksi legal dalam satu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

(2) *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah tangga dengan anak-anaknya baik itu bawaan dari perkawinan lama atau hasil perkawinan baru, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

(3) *Middle age / Aging Couple*

Suami sebagai pencari uang, istri di rumah, kedua-duanya bekerja di rumah, anak meninggalkan rumah karena sekolah, perkawinan atau meniti karir.

(4) *Dyadic Nuclear*

Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di rumah.

(5) *Single Parent*

Satu orang tua akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.

(6) *Dual Carrier*

Dual Carrier yaitu suami istri atau keduanya orang karir dan tanpa anak.

(7) *Commuter Married*

Suami istri atau keduanya orang karir dan tinggal terpisah jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu waktu tertentu.

(8) *Single Adult*

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah.

(9) *Three Generation*

Three Generation yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

(10) *Institutional*

Institutional yaitu anak-anak atau orang dewasa tinggal dalam panti.

(11) *Communal*

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogamy dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

(12) *Group Married*

Yaitu satu rumah terdiri dari orang tua dan keturunannya didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

(13) *Unmarried Parent and Child*

Terdiri dari ibu dan anak dimana sebelumnya perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

(14) *Cohibing Couple*

Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

(15) *Gay and Lesbian Family*

Keluarga yang dibentuk melalui pasangan yang berjenis kelamin sama.

2.3.4. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut friedman (1998), adalah fungsi afektif (*the affective function*) yaitu fungsi yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi ini berguna untuk memberikan pemenuhan kebutuhan psikososial serta anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungannya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma perilaku sesuai dengan perkembangan, serta meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Fungsi reproduksi (*the reproduction function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga. Fungsi ekonomi (*the economic function*) adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuannya untuk meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Sedangkan Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi (Kemenkes RI, 2017).

2.3.5. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menurut Friedman (dalam Setiana, 2016), struktur keluarga digambarkan sebagai berikut :

1) Struktur Komunikasi

Komunikasi dalam keluarga berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan hirarki kekuatan. Komunikasi bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan berkualitas serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik dan valid. Karakteristik penerima pesan yaitu yakin dalam mengemukakan pendapat, disampaikan dengan jelas dan berkualitas, selalu menerima dan meminta timbal balik. Sedangkan karakteristik pendengar siap mendengarkan, memberikan umpan balik, dan melakukan validasi.

2) Struktur Peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan. Jadi, pada struktur peran bisa bersifat formal maupun informal. Posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat misal status sebagai suami atau istri.

3) Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, mempengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Hak (*legimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*exper power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*), dan efektif *power*.

4) Struktur nilai dan norma

Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial

tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga.

2.4. Konsep Rumah Sakit

Pasal 1 ayat 1 Undang Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.

Pasal 1 ayat 3 Undang Undang No 44 Tahun 2009 menyebutkan pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan promotif suatu kegiatan dan atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.

Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial.

Salah satu bagian pelayanan kesehatan kuratif di rumah sakit yang berperan penting adalah ruangan *Intensive Care Unit* (ICU).

2.5. Konsep *Intensive Care Unit* (ICU)

2.5.1. Pengertian

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien pasien yang menderita

penyakit, cedera atau penyulit penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa (SNARS, 2018).

2.5.2. Klasifikasi Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU)

Berdasarkan Kepmenkes RI nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010, tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit, klasifikasi pelayanan *intensive care unit* (ICU) terdiri dari pelayanan *intensive care unit* (ICU) primer, pelayanan *intensive care unit* (ICU) sekunder dan pelayanan *intensive care unit* (ICU) tersier. Klasifikasi ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana serta peralatan dan kemampuan pelayanan.

1) Ketenagaan

Kualifikasi tenaga kesehatan yang bekerja di *intensive care unit* (ICU) harus mempunyai pengetahuan yang memadai, ketrampilan yang sesuai dan memiliki komitmen waktu. Berikut tabel ketenagaan di ICU berdasarkan kualifikasi pelayanan.

Tabel 2.1. Tabel ketenagaan ruang *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan kualifikasi

No	Jenis tenaga	Pelayanan primer	Pelayanan sekunder	Pelayanan tersier
1	Kepala ICU	1. Dokter spesialis anestesi. 2. Dokter spesialis lain yang terlatih ICU (jika belum ada dokter anestesi.	1. Dokter intensivis. 2. Dokter spesialis anesthesiologi jika belum ada dokter intensivis.	Dokter intensivis.
2	Tim medis	1. Dokter spesialis sebagai konsultan yang dapat dihubungi setiap diperlukan. 2. Dokter jaga	1. Dokter spesialis yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan. 2. Dokter jaga 24 jam	1. Dokter spesialis yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan. 2. Dokter jaga 24 jam dengan

		24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut.	dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS.	kemampuan ALS/ACLS dan FCCS.
3	Perawat	Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut.	Minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih Dan bersertifikat ICU.	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih Dan bersertifikat ICU.
4	Tenaga non kesehatan	1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan.	1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan.	1. Tenaga administrasi ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi. 2. Tenaga laboratorium. 3. Tenaga farmasi. 4. Tenaga pekarya 5. Tenaga kebersihan. 6. Tenaga rekam medik. 7. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.



2) Sarana dan Prasarana

(1) Lokasi

Lokasi ruangan dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pemulihan, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke unit gawat darurat, laboratorium dan radiologi.

(2) Desain

Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) yang memadai ditentukan berdasarkan desain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat. Desain bangunan *Intensive Care Unit* (ICU) adalah terisolasi, mempunyai standar tertentu terhadap bahaya api, ventilasi, api, AC, *exhaust fan*, pipa air, komunikasi, bakteriologis, serta kabel monitor serta lantai mudah dibersihkan keras dan rata. Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Tabel Desain berdasarkan klasifikasi pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU)

Desain	ICU primer	ICU sekunder	ICU tersier
Area pasien :			
Unit terbuka	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur
12 sampai 16 m²			1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur
Unit tertutup	1 tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	3 / tempat tidur
Outlet oksigen			-
Vakum	1 / tempat tidur	2 / tempat tidur	16 / tempat tidur
Stop kontak	-	-	Air conditioner 23 sampai 25 ⁰ C 50 sampai 70%
Area Kerja : Lingkungan	2/tempat tidur	2/ tempat tidur	-
Suhu	Air conditioner	Air conditioner	+

Humiditas	23 sampai 25 ⁰ C	23 sampai 25 ⁰ C	
	50 sampai 70%	50 sampai 70%	
Ruang isolasi			+
Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih	-	+	+
			24 jam
Ruang pembuangan kotoran	-	+	+
Ruang perawat	+	+	
Laboratorium	Terpusat	24 jam	
Ruang tunggu keluarga pasien	-	+	

3) Peralatan

Peralatan yang memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas sangat membantu kelancaran pelayanan. Uraian peralatan berdasarkan klasifikasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.3. Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan *Intensice Care Unit (ICU)*

Peralatan	ICU primer	ICU sekunder	ICU tersier
Ventilasi mekanik	Sederhana	Canggih	Canggih
Alat hisap	+	+	+
Alat ventilasi manual dan penunjang jalan nafas	+	+	+
Peralatan akses vaskuler	+	+	+
Peralatan monitor :			

1. Invasif				
Monitor tekanan darah invasif	-	+		+
Tekanan vena central	+	+		+
Swan Ganz	-	-		+
2. Non invasif				
Tekanan darah	+	+		+
EKG	+	+		+
Saturasi oksigen	+	+		+
Kapnograf	-	+		+
Suhu	+	+		+
EEG	-	-		+
Defibrilator	+	+		+
Alat pengatur suhu pasien	+	+		+
Peralatan drain thorax	+	+		+
Infus pump / Syringe pump	-	+		+
Bronchoscopy	-	+		+
Echocardiography	-	+		+
Peralatan portable untuk transportasi	+	+		+
Tempat tidur khusus	+	+		+
Lampu tindakan	+	+		+
Hemodialisis CRRT	+	+		+

4) Kemampuan Layanan

Berikut ini merupakan tabel kemampuan layanan dari masing masing klasifikasi :

Tabel 2.4 Kemampuan pelayanan berdasarkan klasifikasi

No	Pelayanan primer	Pelayanan sekunder	Pelayanan tersier
1	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru
2	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi trakhea dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi trakhea dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi trakhea dan ventilasi mekanik
3	Terapi oksigen	Terapi oksigen	Terapi oksigen
4	Pemasangan kateter vena central	Pemasangan kateter vena central dan arteri	Pemasangan kateter vena central, arteri, Swanz Ganz dan ICP monitor
5	Pemantauan EKG, pulse oximetri dan tekanan darah non invasif	Pemantauan EKG, pulse oximetri dan tekanan darah non invasif dan invasif	Pemantauan EKG, pulse oximetri dan tekanan darah non invasif, invasif, Swanz Ganz, ICP serta ECHO monitor
6	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
7	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
8	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
9	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat portable selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat portable selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat portable selama transportasi pasien gawat
10	Mampu melakukan fisiotherapi dada	Mampu melakukan fisiotherapi dada	Mampu melakukan fisiotherapi dada
11	-	Melakukan prosedur isolasi dan	Melakukan prosedur isolasi dan

2.5.3 Kriteria Masuk *Intensive Care Unit* (ICU)

Berdasarkan Kemenkes RI nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) digunakan untuk pasien pasien kritis meliputi pasien pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, serta profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang tepat dan terus-menerus serta terapi titrasi. Pasien kritis termasuk pasien pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus-menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan. Berikut ini merupakan kriteria pasien yang bisa masuk ke ruang *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan prioritas :

1) Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti dukungan atau bantuan ventilasi, dan alat bantu supportif organ atau sistem yang lain, infus, dukungan obat-obatan vasoaktif kontinyu.

2) Pasien prioritas 2

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih IGD di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) sebab sangat beresiko jika tidak mendapatkan terapi intensif segera misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arthelial catheter*.

3) Pasien Prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh atau manfaat terapi di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) pada golongan ini sangat kecil.

4) Pengecualian

Pasien yang termasuk pengecualian yaitu pasien dengan pertimbangan luar biasa serta atas persetujuan kepala ruangan *Intensive Care Unit* (ICU), indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan dengan catatan sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar dapat digunakan untuk pasien yang masuk prioritas. Pasien yang dimaksud adalah pasien yang memenuhi kriteria masuk *Intensive Care Unit* (ICU) tetapi menolak terapi tunjangan hidup, pasien dalam keadaan vegetatif permanen serta pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak.

2.5.3. Kriteria Keluar *Intensive Care Unit* (ICU)

Menurut Armiaati & Arifin, (2014), kriteria pasien keluar dari ruang *Intensive Care Unit* (ICU) mempunyai 3 prioritas, yaitu :

1) Pasien prioritas 1

Pasien prioritas 1 dikeluarkan dari ruang *Intensive Care Unit* (ICU) bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi atau bila terapi telah gagal dan prognosis jangka pendek jelek dengan kemungkinan kesembuhan atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil.

2) Pasien prioritas 2

Pasien prioritas 2 dikeluarkan jika kemungkinan mendadak memerlukan terapi intensif berkurang.

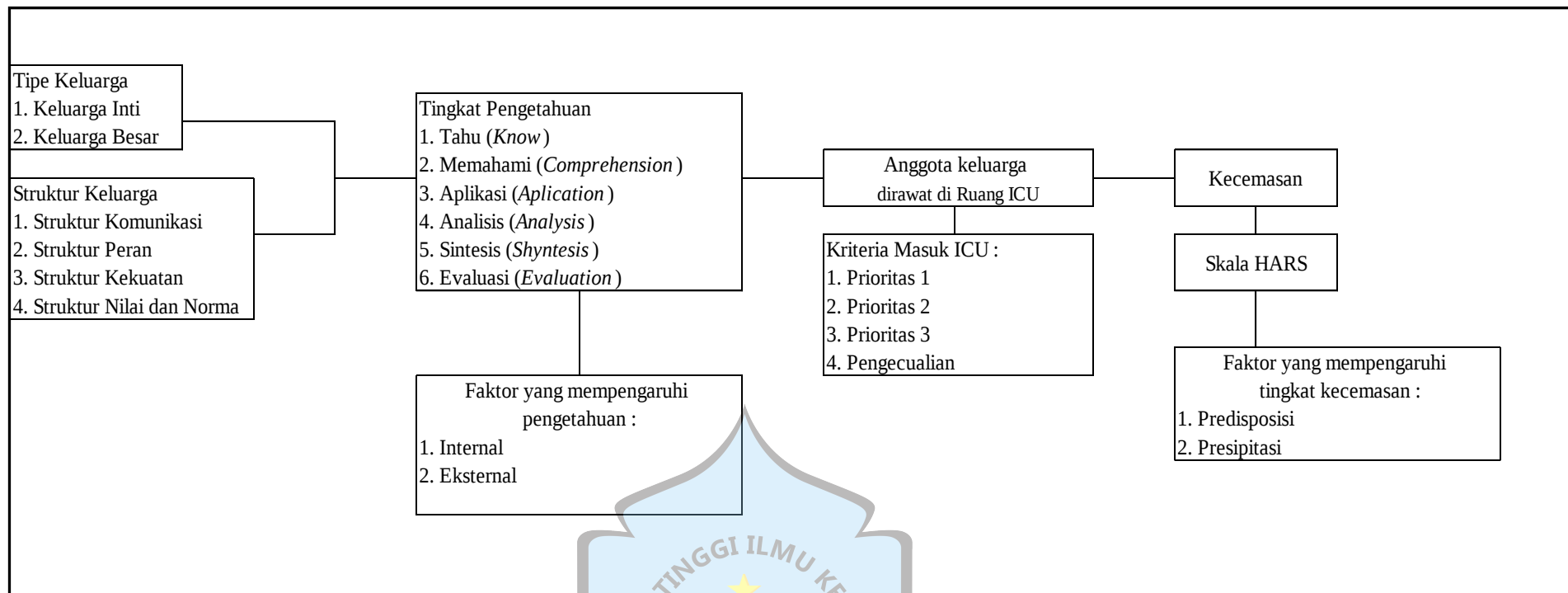
3) Pasien prioritas 3

Pasien prioritas 3 dikeluarkan dari ruang *Intensive Care Unit* (ICU) jika kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini apabila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinyu kecil. Misalnya penyakit paru kronis, penyakit jantung dan liver terminal, karsinoma yang telah menyebar luas yang tidak berespon terhadap terapi *Intensive Care Unit* (ICU) untuk penyakit akutnya, yang prognosis jangka pendeknya secara statistik rendah dan tidak ada terapi potensial yang diberikan untuk memperbaiki prognosisnya.

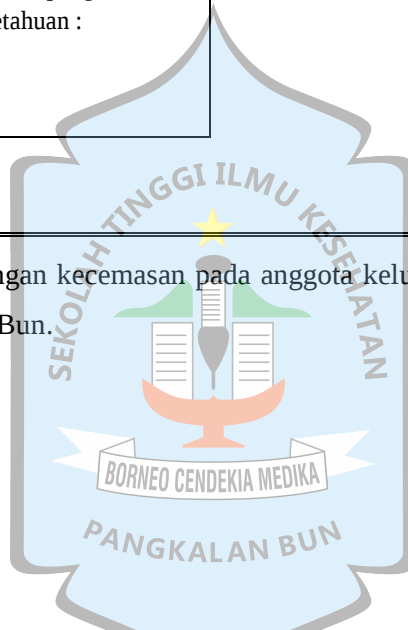
2.6. Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat

Kondisi pasien yang masuk ke ruang ICU dapat menyebabkan kondisi stres tersendiri bagi keluarga pasien. Didapatkan dari penelitian data sebelumnya sebagian besar di dapatkan pengetahuan yang kurang, tingkat kecemasan sebagian besar adalah berat. (Sutriyani, Agus 2018) Pengetahuan keluarga pasien dalam hal ini sangat berperan penting, terutama ketika anggota keluarganya dirawat di ruang ICU dalam kondisi kritis memungkinkan perubahan fisiologis yang cepat memburuk sehingga menimbulkan kecemasan berlebih untuk keluarga pasien. Maka dari itu tingkat pengetahuan seseorang akan berpengaruh terhadap tingkat kecemasan, jika tingkat pengetahuannya rendah maka tingkat kecemasan akan semakin tinggi, namun jika tingkat pengetahuannya tinggi maka tingkat kecemasan semakin tinggi.

2.7. Kerangka Teori



Gambar 3.1. Kerangka Teori Hubungan pengetahuan dengan kecemasan pada anggota keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

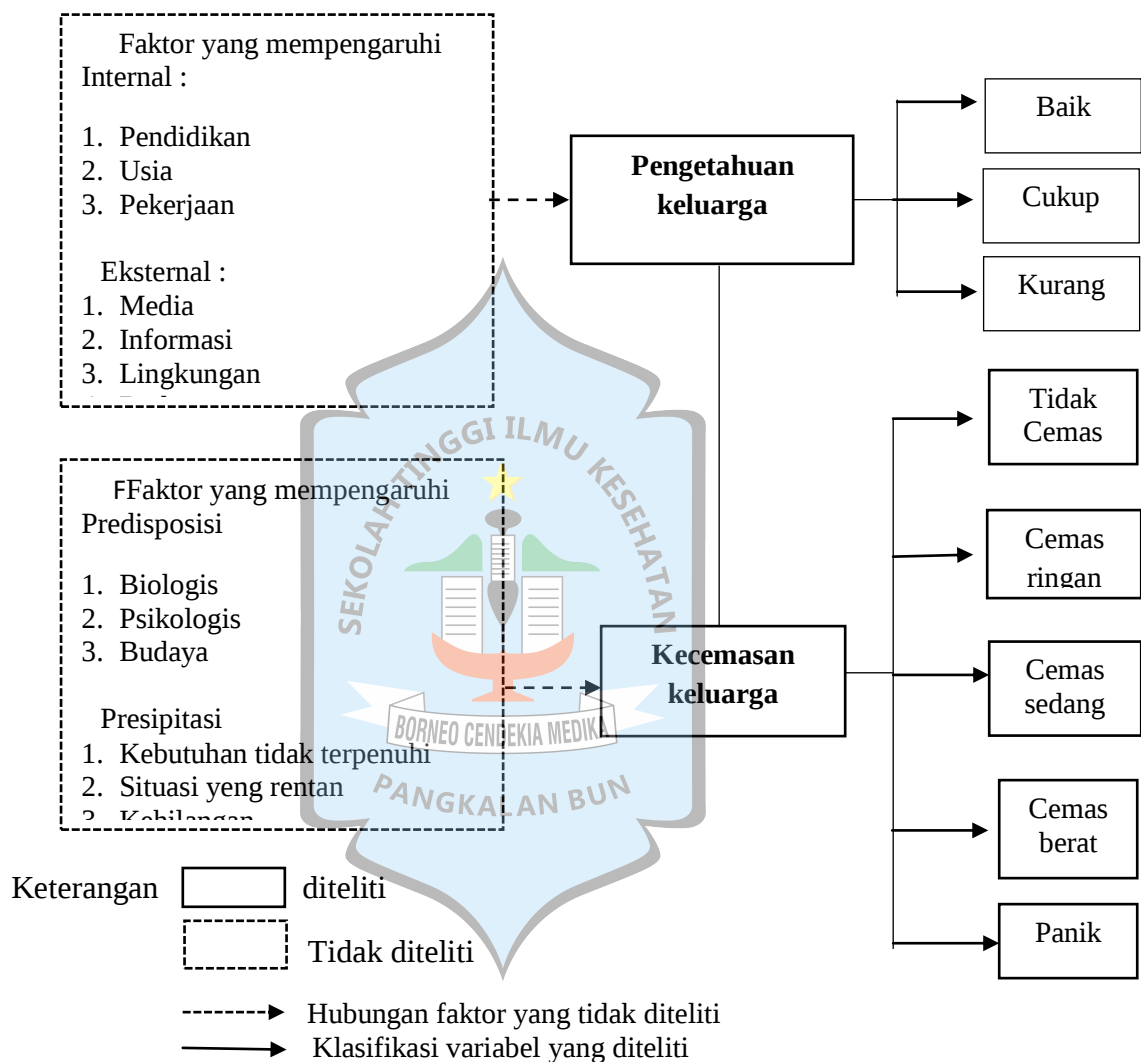


BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2015).



Gambar 3.1. Kerangka konsep Hubungan pengetahuan dengan kecemasan pada anggota keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Berdasarkan gambar kerangka konsep di atas, dapat dijelaskan variabel independen yaitu pengetahuan keluarga dan variabel dependennya adalah kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

3.2. Hipotesis

H1 :Ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan tingkat kecemasan pada anggota keluarga pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* (ICU).



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Tempat dan Waktu Penelitian

4.1.1. Tempat penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan di ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Rumah Sakit Umum daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun merupakan unit organik di lingkungan Pemerintah Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah yang berkedudukan di kota Pangkalan Bun. RSUD Sultan Imanuddin sebagai rumah sakit kelas B berdasar SK Kepala Badan Penanaman Modal Daerah dan Perijinan Propinsi Kalimantan Tengah Nomor : 570/01/PK/XII/BPMDP/2015 tanggal 30 Desember Tahun 2015 dan pada bulan Oktober 2017 RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun mendapatkan izin operasional kelas B.

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun ditunjuk sebagai pusat rujukan Regional II berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kalimantan Tengah No.188.44/339/2009. Pada tanggal 17 Desember 2012 melalui Surat Keputusan Bupati Kotawaringin Barat Nomor RS/U.12.12.1910.I.1 RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan harapan mutu pelayanan kesehatan dapat lebih ditingkatkan. Pada tahun 2017 RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun meraih predikat “Lulus Akreditasi Paripurna”.

4.1.2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dari bulan Juni 2020 sampai dengan bulan Maret 2021 mulai dari pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian.

4.2. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi yaitu penelitian yang

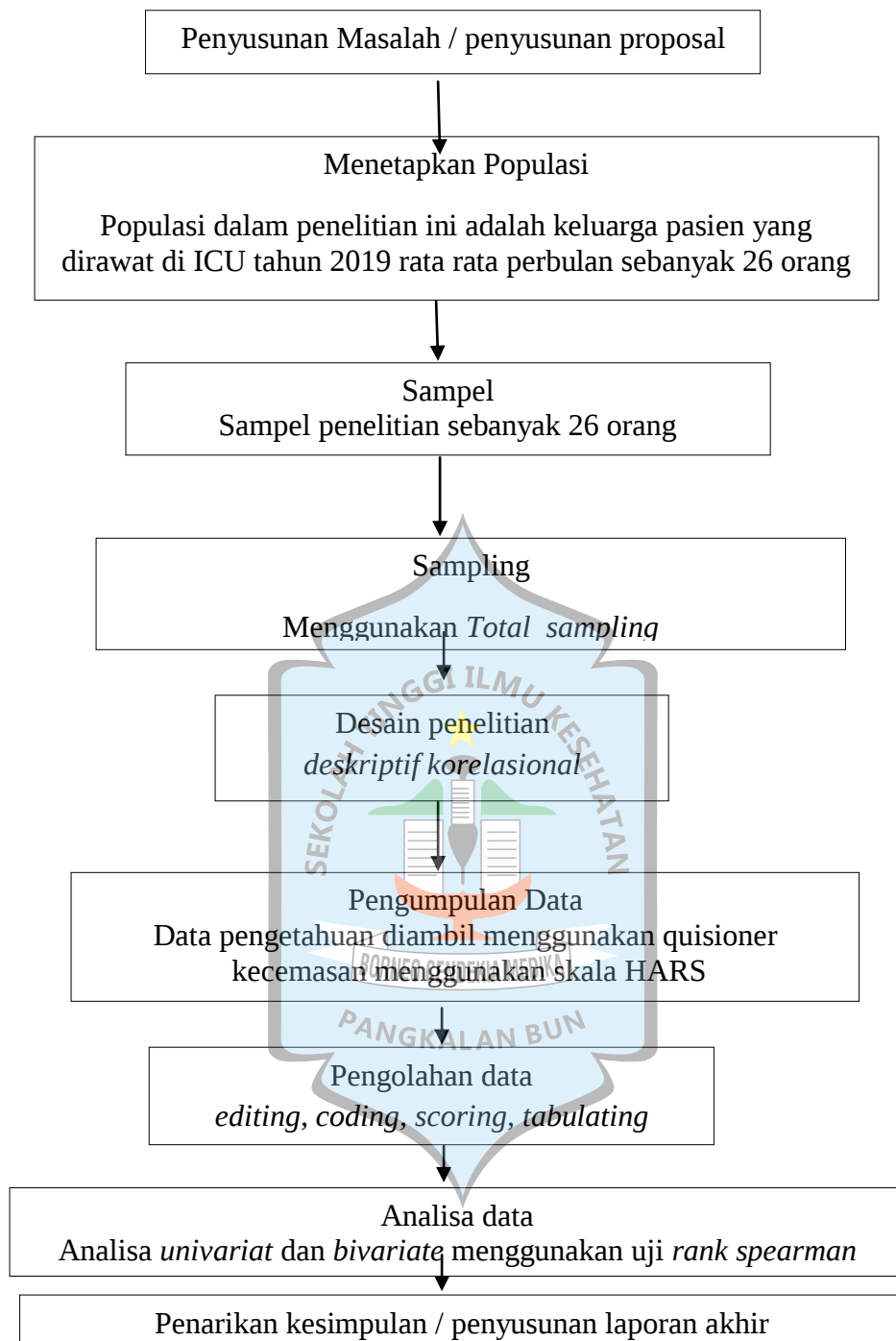
bertujuan mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini (Nursalam, 2015). Penelitian ini menggambarkan tentang karakteristik responden, pengetahuan keluarga tentang *Intensive Care Unit* (ICU) serta memaparkan hubungan pengetahuan keluarga tentang *Intensive Care Unit* (ICU) dengan kecemasan keluarga.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis desain penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini dilakukan pengukuran pengetahuan keluarga yang berhubungan dengan kecemasan keluarga terhadap pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

4.3. Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan tahapan atau langkah-langkah dalam aktifitas ilmiah yang dilakukan untuk melakukan penelitian (Nursalam, 2015).





Gambar 4.1. Kerangka kerja hubungan pengetahuan keluarga dengan kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

4.4. Populasi, Sampel dan Sampling

4.4.1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga dari pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

4.4.2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Pada penelitian ini sampel yang diambil yaitu seluruh jumlah populasi sebanyak 26 orang yang anggota keluarganya dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

Kriteria inklusi yaitu responden laki-laki dan perempuan yang keluarganya dirawat di ruang ICU, responden yang tidak memiliki keterbatasan fisik, responden yang tidak memiliki gangguan kognitif, dan kriteria eksklusi yaitu responden yang mengalami buta huruf.

4.4.3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2015). Pada penelitian ini sampel diambil dengan cara *total sampling* atau sampling jenuh yaitu teknik pengambilan sampel yang digunakan pada populasi yang semua anggotanya digunakan sebagai sampel (Arifin, 2017).

4.5. Identifikasi Variabel

Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel yang lain. Sedangkan variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel yang lain (Nursalam, 2015). Variabel independen dalam

penelitian ini adalah pengetahuan keluarga dan variabel dependen adalah kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive care Unit* (ICU).

4.6. Variabel dan Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti, atau menspesifikasi kegiatan atau memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Anshori & Iswati, 2017).

Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan pengetahuan dengan tingkat kecemasan pada anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU.

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Pengetahuan keluarga	Melakukan pengkajian tentang segala sesuatu yang diketahui keluarga tentang perawatan di ICU	Mengetahui Pengertian ICU Kriteria pasien masuk ICU	Lembar quisioner	ordinal	1. Baik 76 – 100 % jawaban benar. 2. Sedang 56 – 75 % jawaban benar. 3. Kurang < 56 % jawaban benar.
Dependen Kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ICU	Melakukan penilaian terhadap respon keluarga pasien yang dirawat di ICU	Respon fisiologis dan psikologis dari 14 pertanyaan dalam skala HARS	Lembar quisioner	Ordinal	1. Skor < 14 tidak ada kecemasan. 2. Skor 14 – 20 kecemasan ringan. 3. Skor 21 – 27 kecemasan sedang. 4. Skor > 28 - 41 kecemasan berat. 5. Skor > 41 panik

4.7. Rencana Pengumpulan dan Pengolahan Data

4.7.1. Instrumen

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar quisioner untuk data demografis dan data pengetahuan. Pengisian quisioner ini dimaksudkan untuk memperoleh data umum subyek penelitian seperti karakteristik responden, serta mengetahui pengetahuan keluarga tentang *Intensive care Unit* (ICU). Instrumen untuk kecemasan menggunakan skala HARS.

1) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui data tentang pengetahuan keluarga maka disiapkan suatu bentuk tes pengetahuan dalam pernyataan tertutup benar atau salah. Pernyataan yang *forable* (+) dan jawaban yang benar diberi skor 1, jika salah diberi skor 0. Sedangkan pernyataan *unforable* (-) dan jawaban benar diberi skor 0, jawaban salah diberi skor 1.

2) Data Kecemasan

Untuk mengetahui data tentang kecemasan keluarga maka peneliti melakukan wawancara terhadap keluarga tentang kecemasan menggunakan skala *Hamilton anxiety rating scale* (HARS). Kuisisioner HARS disusun dari 14 indikator yaitu perasaan anxietas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala respiratori, gejala gastrointestinal, gejala urogenital, gejala otonom, tingkah laku,. Penilaian kecemasan diberi nilai 1 (tidak cemas), 2 (kecemasan ringan), 3 (kecemasan sedang), 4 (kecemasan berat) dan 5 (panik).

4.7.2. Pengumpulan dan Pengolahan Data

1) Pengumpulan Data

Langkah langkah yang dilakukan dalam pengumpulan data adalah:

- (1) Peneliti mengurus surat permohonan untuk melaksanakan penelitian ke bagian administrasi di program studi keperawatan S1 keperawatan alih jenjang STIKES Borneo Cendekia Medika.
- (2) Setelah mendapatkan surat ijin dari STIKES Borneo Cendekia Medika peneliti menyampaikan surat ijin penelitian ke bagian Administrasi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- (3) Peneliti menyampaikan surat ijin kepada direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- (4) Peneliti mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden yang akan dijadikan sampel penelitian dengan memberikan penjelasan dan menandatangani *inform consent*.
- (5) Setelah responden menyetujui dan menandatangani *inform consent*, kemudian peneliti memberikan quisioner untuk diisi oleh responden.
- (6) Sebelum mengisi quisioner peneliti menjelaskan kepada responden bagaimana teknik pengisian quisioner.

2) Pengolahan Data

Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengolahan data dengan *editing, coding, processing, cleaning*.

(1) *Editing*

Editing adalah proses melengkapi dan merapikan data yang telah dikumpulkan untuk menghindari konversi satuan yang salah dan mengurangi bias yang bersumber dari proses wawancara (Dwiastuti, 2017).

(2) *Coding*

Coding yaitu proses pemberian angka pada setiap pertanyaan yang ada dalam instrument untuk menyederhanakan dalam pemberian nama kolom dalam proses *entry* data. *Coding* pada instrumen observasi yaitu:

Umur (15 – 25: U1, 16 – 35: U2, 36 – 45: U3, 36 – 45: U4, 46 – 55: U5, lebih dari 55: U6). Jenis kelamin (Laki laki: 1, perempuan: 2), Pendidikan (Tidak sekolah: P1, SD: P2, SMP: P3, SMA: P4, Perguruan tinggi: P5), Pekerjaan (tidak bekerja: K1, PNS: K2, wiraswasta: K3, Petani: K4, Mahasiswa / Pelajar: K5). Skor pengetahuan (1: baik, 2: sedang, 3: kurang), skor kecemasan (1: tidak cemas, 2: kecemasan ringan, 3: kecemasan sedang, 4: kecemasan berat, 5: panik).

(3) *Processing*

Processing merupakan proses *data entry* yaitu proses pemindahan data ke tabel data dasar untuk memudahkan proses pengolahan pengolahan data ke dalam komputer menggunakan system SPSS 20.

(4) *Data Cleaning*

Data cleaning merupakan suatu proses pembersihan untuk membersihkan data dari kesalahan pengisian dalam tabel untuk menghindari kesalahan dalam analisis (Dwiasuti, 2017).

3) Analisa Data

Analisa data merupakan kegiatan untuk merubah data menjadi ringkasnya, sehingga data tersebut dapat diwakili oleh satu atau beberapa angka yang dapat memberikan informasi yang jelas (Cahyono, 2018). Dalam penelitian ini menggunakan analisa *univariat* dan analisa *bivariate*.

a) *Analisa Univariat*

Analisis *univariat* atau deskriptif adalah suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik. Data-data yang disajikan meliputi frekwensi, proporsi dan rasio, ukuran-ukuran kecenderungan pusat (rata-rata hitung, median dan modus), maupun ukuran-ukuran variasi

(simpangan baku, variansi, rentang dan kuartil) (Nursalam, 2015). Analisa ini digunakan untuk mengetahui jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, tingkat pengetahuan dan kecemasan.

b) *Analisa Bivariate*

Analisis *bivariate* merupakan analisis yang digunakan untuk menguji hubungan antara dua variabel, yaitu hubungan antara masing-masing variable independen dengan variable dependen (Hulu & Sinaga, 2019). Analisis *bivariate* dalam penelitian ini menggunakan uji *spearman,s Rank* karena data yang akan diuji menggunakan skala ordinal pada kedua variabel.

4.8. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian peneliti perlu menekankan masalah etik. Hal ini mutlak harus dipatuhi oleh peneliti bidang apapun termasuk penelitian keperawatan. Etika yang harus diperhatikan dalam penelitian adalah:

1) *Inform Consent* (Lembar Persetujuan Menjadi Responden)

Lembar-Lembar persetujuan diberikan kepada objek yang akan diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan, Setelah responden setuju responden menandatangani lembar *inform consent*.

2) *Anonimity* (Kerahasiaan Identitas)

Untuk menjaga kerahasiaan obyek, peneliti tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data. Data cukup diberi kode pada lembar instrument.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan Informasi)

Peneliti menjaga kerahasiaan informasi dengan cara memberikan kode pada semua informasi diperlukan.

4.9. Keterbatasan Penelitian

- 1) Kesulitan mencari responden dalam jumlah yang banyak, dikarenakan jumlah bed yang tersedia di ruang ICU hanya 8 bed, sehingga rata-rata pasien perbulan hanya 26 pasien.
- 2) Kesulitan untuk kontak dengan keluarga pasien di era pandemi ini. Sehingga petugas harus lebih waspada menggunakan APD level 2, terutama dengan keluarga pasien yang anggota keluarganya terkonfirmasi COVID-19 dirawat di ruang ICU.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi penelitian



Gambar 5.1 RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

RSUD Sultan Imanuddin adalah rumah sakit milik pemerintah daerah Kotawaringin Barat Kelas B yang terletak di Jalan Sutan Syahrir No.17 Pangkalan Bun Kotawaringin Barat Kalimantan Tengah. Rumah sakit ini didirikan sejak jaman Belanda dan sebelumnya berlokasi di Kelurahan Raja. Luas lahan dari Rumah sakit ini seluas 53.426,67 m² dengan luas bangunan 13.333,70 m².

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun mempunyai tugas pokok dan fungsi sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Kotawaringin Barat No. 20 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja. Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun mempunyai tugas melaksanakan kewenangan pemerintah daerah dan tugas pembantuan di bidang pelayanan kesehatan yang paripurna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan kesehatan perorangan yang dilaksanakan secara terpadu dan

upaya peningkatan dan pencegahan serta melakukan upaya rujukan. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun memiliki visi dan misi sebagai berikut :

Visi :

Rumah sakit mandiri dengan pelayanan prima.

Misi :

1. Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang profesional dengan prinsip sosial ekonomi secara efektif dan efisien serta mampu berdaya saing.
2. Meningkatkan kualitas sumber daya rumah sakit yang profesional, produktif dan berkomitmen sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran/kesehatan.
3. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat secara cepat, tepat, nyaman dan terjangkau dengan dilandasi etika profesi.
4. Mewujudkan pelayanan yang proaktif dan perluasan jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 233 tempat tidur, yang terdiri dari ruang VIP 16 tempat tidur, kelas I 36 tempat tidur, kelas II 46 tempat tidur, kelas III 79 tempat tidur, insentif 11 tempat tidur serta 45 tempat tidur lain lain. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun juga mempunyai 8 ruang perawatan, salah satunya adalah Ruang *Intensive Care Unit* (ICU). Ruang ICU dibagi menjadi 2 ruangan yaitu ICU biasa dan ICU untuk pasien Covid 19. Ruangan ICU memiliki jumlah perawat sebanyak 16 orang, terdiri dari 1 kepala ruangan, 2 orang ketua tim, dan 13 orang perawat pelaksana.

5.2 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan jumlah responden sebanyak 26 responden yang dilakukan pada bulan Maret 2021. Pada pembahasan ini akan disajikan hasil penelitian berupa data umum yang meliputi karakteristik responden berupa umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Kemudian data khusus berupa hasil dari kuisioner pengetahuan tentang perawatan ICU dan tingkat kecemasan keluarga.

5.2.1 Data Umum

1) Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Berikut ini merupakan hasil penelitian responden berdasarkan umur :

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur di Ruang ICU
RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun



No	Kategori	Frekuensi	Presentase
1	15 – 25 tahun	2	7,6%
2	26 – 35 tahun	6	23 %
3	36 – 45 tahun	7	26,9%
4	46 – 55 tahun	11	42,3%
5	Lebih dari 55 tahun	0	0
Total		26	100 %

Berdasarkan tabel 5.1 dari 26 orang responden sebagian besar berusia 46 sampai 55 tahun sebanyak 11 responden (42,3%) dan paling sedikit berusia 15 sampai 22 tahun sebanyak 2 responden (7,6%).

2) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut :

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang ICU RSUD Sultan Imanuddin adalah sebagai berikut :

Jenis kelamin	Frekuensi	Presentase
1. Laki laki	10	38,4%
2. Perempuan	16	61,5%
Total	26	100%

Berdasarkan tabel di atas, responden perempuan lebih banyak dari pada responden laki-laki yaitu sebanyak 16 responden (61,5%).

3) Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan pendidikan di Ruang ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Pendidikan	Frekuensi	Presentase
1. Tidak sekolah	0	0%
2. SD	3	11,5%
3. SMP	5	19,2%
4. SMA	10	38,4%
5. Perguruan tinggi	8	30,7%
Total	26	100%

Berdasarkan tabel 5.3 responden berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak adalah pendidikan SMA sebanyak 10 responden (38,4%). Sedangkan responden yang paling sedikit adalah SD sebanyak 3 responden (11,5%).

4) Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Pekerjaan	Frekwensi	Presentase
1. Tidak bekerja	0	0%
2. Wiraswasta	12	46%
3. PNS / TNI / POLRI	8	30,%
4. Petani	6	23%
5. Mahasiswa	0	0%
Total	26	100%

Berdasarkan tabel 5.4 di atas, jumlah responden berdasarkan pekerjaan paling banyak adalah bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 12 responden (46%) dan paling sedikit petani sebanyak 6 responden (23%).

5.2.2 Data Khusus

1) Variabel Pengetahuan

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pengetahuan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan tingkat pengetahuan tentang ICU di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Pengetahuan	Frekuensi	Presentase
1. Baik	6	23%
2. Cukup	13	50%
3. Kurang	7	26,9%
Total	26	100%

Berdasarkan tabel 5.5 di atas, dapat dilihat tingkat pengetahuan tentang ICU pada responden yang paling banyak adalah tingkat

pengetahuan cukup sebanyak 13 responden (50%), sedangkan yang paling sedikit adalah tingkat pengetahuan baik sebanyak 6 responden (23%).

2) Variabel Kecemasan

Karakteristik responden berdasarkan kecemasan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan di Ruang ICU di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Kecemasan	Frekuensi	Presentase
1. Ringan	12	46%
2. Sedang	7	26,9%
3. Berat	7	26,9%
Total	26	100%

Berdasarkan tabel 5.6 di atas, dapat diketahui karakteristik responden yang terbanyak adalah Kecemasan ringan sebanyak 12 responden (46%).

5.2.3 Analisis Hubungan Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan

Analisis bivariate dilakukan bertujuan untuk melihat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga pasien yang di rawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Dilakukan uji statistik non parametrik menggunakan uji Spearman ranks, hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Hal ini dapat dilihat dari tabel berikut :

Tabel 5.10 Hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

			Pengetahuan	Kecemasan
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation coefficient	1.000	.786
		Sig (2-tailed)		.0000
		N	26	26
	Kecemasan	Correlation coefficient	.786	1.000
		Sig (2-tailed)	.000	
		N	.26	26
p			0,01	

Berdasarkan tabel 5.10 maka Hasil analisis uji Spearman ranks antara pengetahuan keluarga dengan kecemasan anggota keluarga di Ruang Penyakit dalam RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun ditunjukkan pada tabel 5.10 memperlihatkan bahwa nilai sig (2-tailed) 0,01 artinya H1 diterima karena nilai p valuenya lebih kecil dari 0,05. Berdasarkan uji statistik tersebut maka disimpulkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Penilaian Karakteristik Responden

1) Usia

Berdasarkan hasil penelitian, usia responden paling banyak adalah usia 46 sampai 55 tahun (42,3%). Pada usia ini seseorang berada pada tahap usia Lansia awal. Usia seseorang bisa menentukan pengetahuan seseorang, semakin bertambah usia seseorang maka semakin matang cara berfikir seseorang sehingga bisa meningkatkan Tingkat pengetahuan. Semakin cukup usia tingkat kematangan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dalam berfikir dan bekerja (Hanifah,2010). Usia seseorang juga sangat menentukan kecemasan seseorang, semakin bertambah usia biasanya pengalaman

seseorang semakin bertambah sehingga bisa mengurangi tingkat kecemasan. Menurut Stuart dalam Vellyana, 2017, menyatakan bahwa maturitas atau kematangan individu akan mempengaruhi kemampuan mekanisme koping seseorang sehingga individu yang lebih matur sukar mengalami kecemasan karena individu mempunyai kemampuan adaptasi yang lebih besar terhadap individu yang belum matur. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Mainar (2016), bahwa semakin tinggi usia semakin berkurang tingkat kecemasan seseorang.

2) Jenis kelamin

Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin ditemukan bahwa responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari laki laki yaitu sebesar 61,5 %. Perempuan biasanya lebih memikirkan sesuatu menggunakan perasaannya sehingga lebih berpotensi mengalami kecemasan dari pada laki laki. Perempuan lebih mudah dipengaruhi tekanan tekanan dari pada laki laki, kurang sabar dan lebih cepat mebalami cemas dari pada laki laki (Gilas, 2018). Perempuan lebih sering cepat mengalami tingkat kecemasan dibandingkan dengan pria karena respon biologis yang berbeda yang ditunjukkan antara laki laki dan perempuan untuk merespon stressor yang ada (Basofi, 2016). Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Erawan, Opod & Pali (2013), yang menyatakan bahwa tingkat kecemasan perempuan lebih tinggi dari pada laki laki.

3) Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian pendidikan terakhir responden yang paling banyak adalah SMA sebanyak 10 responden. Pendidikan seseorang erat kaitannya dengan pengetahuan sehingga bisa mempengaruhi tingkat kecemasan. Semakin tinggi pendidikan seseorang biasanya persepsi seseorang tentang kesehatan semakin positif, karena semakin tinggi tingkat pendidikan makin mudah seseorang untuk menerima, mengolah atau menyerap informasi yang di dapat. Pada penelitian ini, responden yang paling banyak justru

yang berpendidikan SMA dari pada tingkat pendidikan terakhir di bawahnya.

Pendidikan seseorang memang berpengaruh pada pengetahuan dan perilaku seseorang, akan tetapi dalam memperoleh pengetahuan tidak hanya didapatkan melalui pendidikan formal. Pengetahuan bisa di dapatkan dari pendidikan non formal seperti penyuluhan kesehatan atau melalui media cetak dan media infoemasi lainnya. Menurut Sitepu (2017), Responden SMA yang mempunyai persepsi negatif, dapat disebabkan karena informasi yang diterima belum tentu benar, tepat dan lengkap sehingga dapat mempengaruhi pemahaman dan persepsi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian puspitasari (2013) yang menyatakan semakin tingkat pendidikan sesorang semakin rendah tingkat kecemasannya.

4) Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian, responden paling banyak bekerja sebagai wiraswasta. Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi taraf sosial ekonomi seseorang. Kecemasan seseorang yang bekerja dan tidak bekerja jelas berbeda. Individu yang tidak bekerja cenderung memiliki beban pikiran yang lebih ringan dari pada yang bekerja. Menurut Mayasari (2018), salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan adalah pekerjaan.

5.3.2 Penilaian Pengetahuan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 26 orang responden yang anggota keluarganya di rawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun didapatkan bahwa rata rata pengetahuannya tentang ICU cukup sebanyak 13 responden (50%). Pengetahuan disini bisa disebabkan karena informasi yang sudah diperoleh seseorang baik melalui media elektronik, media cetak atau karena sebelumnya sudah pernah di rawat. Usia lansia awal sangat memungkinkan responden lebih memiliki pengalaman sebelumnya tentang bagaimana perawatan

di ICU. Tingkat pendidikan terakhir juga bisa mempengaruhi tingkat pengetahuan responden. Responden paling banyak adalah responden yang berpendidikan SMA. Semakin tinggi tingkat pendidikan biasanya semakin tinggi juga pengetahuan tentang perawatan. Selain kedua faktor di atas, pekerjaan juga bisa mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Penghasilan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan pendidikan yang tinggi sehingga diharapkan pengetahuan seseorang juga meningkat. Menurut Budiman & Riyanto (2013) pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh usia, pendidikan dan sosial ekonomi. Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Pelapu, Killing, Rumampuk (2018) yang menyatakan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan dimana hasil dari penelitian tersebut keluarga dengan pengetahuan yang kurang mengalami tingkat kecemasan yang tinggi.

5.3.3 Penilaian Tingkat Kecemasan Keluarga

Berdasarkan data di atas 12 responden (46%), mengalami kecemasan ringan. Kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, merupakan perasaan subyektif mengenai ketegangan mental sebagai reaksi umum atas ketidak mampuan mengatasi masalah atau tidak adanya rasa aman (Anita, 2018). Terdapat beberapa hal yang dapat menimbulkan kecemasan meliputi faktor usia, pengetahuan, lingkungan serta dukungan. Seseorang dengan bertambahnya usia maka akan bertambah juga pengetahuan serta pengalamannya tentang perawatan di ICU sehingga bisa mengurangi tingkat kecemasan. Lingkungan yang mendukung, dukungan sosial ekonomi juga bisa mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang. Dengan lingkungan yang nyaman, dukungan sosial yang memadai bisa menurunkan tingkat kecemasan akan perawatan anggota keluarga di ICU. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Dwi tahun 2018 bahwa kecemasan pada responden rata rata cukup. Selain itu, penelitian ini juga sejalan

dengan penelitian dari Mardiono (2018) bahwa semakin tinggi tingkat pengetahuan maka kecemasan semakin berkurang.

5.3.4 Penilaian Analisis Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Dirawat Di Ruang ICU

Pada penelitian ini terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga yang di rawat di ICU dengan hasil $p\ 0,01 < 0,05$. Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek (Notoadmojo, 2012). Menurut Mubarak (2011) pengetahuan seseorang bisa dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengalaman serta informasi. ICU merupakan ruangan dengan berbagai peralatan dan dengan kondisi pasien yang kritis, sehingga bisa meningkatkan kecemasan pada anggota keluarga pasien yang di rawat. Kondisi pasien yang di rawat di ICU merupakan stressor tersendiri bagi keluarga pasien. Kurangnya pengetahuan akan menyebabkan kecemasan bagi keluarga. Dengan pengetahuan yang baik, maka seseorang akan lebih tenang karena sudah memahami prosedur perawatan pasien. Dengan pengetahuan yang dimiliki seseorang seseorang dapat menurunkan rasa cemas yang di alami dalam mempersepsikan segala sesuatu. Ketidaktahuan keluarga tentang perawatan di ICU bisa menjadi penyebab kecemasan.

Tingkat pengetahuan seseorang yang rendah akan cenderung lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan tingkat pengetahuan yang tinggi (Sentana, 2016). Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Pelapu, Killing & Rumampuk (2018) yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU. Selain itu, penelitian ini juga sejalan dengan penelitian dari Peni (2014), pada penelitian tersebut dihasilkan 43,3% keluarga mengalami kecemasan sedang dengan tingkat pengetahuan yang kurang.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga yang di rawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pada bulan Maret 2021 dapat di ambil kesimpulan sebagai berikut :

- 6.1.1 Sebagian besar responden memiliki pengetahuan cukup tentang perawatan di ICU.
- 6.1.2 Sebagian besar responden memiliki tingkat kecemasan ringan.
- 6.1.3 Hasil uji statistic terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan anggota keluarga yang dirawat di ICU RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil kesimpulan di atas, saran penelitian ini adalah sebagai berikut :

6.2.1 Bagi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Bagi pihak RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang perawatan pasien di ICU dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui media elektronik dan media publikasi.

6.2.2 Bagi Peneliti selanjutnya

Bagi institusi pendidikan penelitian ini dapat memberikan manfaat serta informasi tentang perawatan di ICU.

6.2.3 Bagi Peneliti selanjutnya

Saran bagi peneliti selanjutnya yaitu bisa menggunakan variabel lain atau menambahkan variabel dan sebaiknya jumlah reponden lebih banyak lagi, diusahakan lebih dari 30 responden.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderato, O. (2015). Penyakit Menular di Sekitar Anda. Jakarta: Pustaka ilmu semesta.
- Annisa, D. F., & Ifdil. (2016). Konsep Kecemasan (Anxiety) Pada Lanjut Usia. Konselor, 93-99.
- Arifin, J., (2017) SPSS 24 Untuk Penelitian dan Skripsi, Jakarta : Media Elex Komputindo
- Arosa, F. A., Jumaini, & Woferst, R. (2014). Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Hemodialisa Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menjalani Terapi Hemodialisa. JOM PSIK, 1-9.
- Asni, N. (2014). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Mahasiswa Keperawatan FIKES UMP Menghadapi Praktek Klinik Keperawatan. Doctoral Dessirtation Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Anshori, M., & Iswati, S. (2017). Buku Ajar Metodologi Penelitian Kuantitatif. Surabaya: Airlangga University Press.
- Asyikin, A., Tanri, A., Nurisyah, & Wibowo. (2019). Studi Tingkat pengetahuan Masyarakat Tentang Penggunaan Obat Influenza Secara Swamedikasi di Desa Waepute Kecamatan Topoyo Kabupaten Mamuju Tengah Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2018. Media Farmasi.
- Azis, M. A. (2018). Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Islam Sakinah Kabupaten Mojokerto.
- Bagaskoro. (2019). Pengantar Teknologi Informatika dan Komunikasi data. Yogyakarta: Deepublish.
- Cahyono, T. (2018). Statistika Terapan dan Indikator Kesehatan . Yogyakarta: Deepublish.
- Diferiansyah, O., Septa, T., & Lisiswanti, R. (2016). Gangguan Cemas Menyeluruh. Jurnal Medula Unila.
- Dwiastuti, R. (2017). Metode Penelitian Sosial Ekonomi Pertanian. Malang: UB Press.
- Emilya, S., Lestari, Y., & Asterina. (2014). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Terhadap Tindakan Imunisasi Dasar Lengkap di Kelurahan Lambung Bukit Kota Padang Tahun 2014. Universitas andalas.
- Faot, M. (2019). Hubungan Pengetahuan Tentang Caries Gigi Dengan Motivasi Untuk Melakukan Penumpatan Karies Gigi (Pada pasien di Poli Gigi Puskesmas soe). Doctoral dessirtation, Jurusan keperawatan Gigi.
- Harnilawati. (2013). Konsep Dan Proses keperawatan Keluarga. Takalar: Pustaka As salam.
- Hulu, T. V., & Sinaga, T. R. (2019). Analisis Data Statistik Parametrik Aplikasi SPSS dan Statcal. Jakarta: yayasan kita menulis.
- Husaini, W., & Romadhon, Y. (2017). Hubungan Fungsi keluarga Dengan Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura. Doctoral Dessistation Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Indra P, I., & Cahyaningrum, E. (2019). Cara Mudah Memahami Metodologi Penelitian. Yogyakarta: Deepublish.
- Irwan. (2019). Epidemiologi penyakit menular. Yogyakarta: Absolute Media.
- Kemenkes RI. (2015). Buku Ajar Imunisasi. Jakarta: Pusat pendidikan Dan pelatihan Tenaga Kesehatan.
- Kemenkes RI. (2017, Juni 17). Konsep keluarga. Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS PK).
- Kusumawati, E. (2013). Hubungan Pengetahuan Primigravida Tentang Kehamilan Dengan Kecemasan Dalam Menghadapi Kehamilan Trimester I di BPS Fathonah. Jurnal UKH .
- Laban, Y. (2012). TBC Penyakit dan Cara Pencegahannya. Yogyakarta: Kanisius.
- Noordiati. (2018). Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Pra Sekolah. Malang: Wineka Media.
- Noor, J. (2017). Metodologi Penelitian. Jakarta: PT.Fajar Interpratama Mandiri.
- Notoadmojo, S. (2014). Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan ,edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC. Jogjakarta: MediAction.
- Nurjanah, M. (2019, Juli 14). Teori Keluarga. Jurnal Kesejahteraan Keluarga dan Pendidikan, pp. 27-35.
- Nursalam. (2015). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoadmojo. (2014). Pendidikan dan Prilaku kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Pelapu, V., Killing, M., & Rumampuk, J. (2018). Hubungan Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Tentang Kondisi Pasien Di Ruang ICU RSUD Prof.Dr.R.Kandou Manado. Buletin Sariputra, 63-67.
- Permenkes RI no 3. (2020). Klarifikasi Dan Perijinan Rumah Sakit. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pieter, H. Z., Janiwarti, B., & Saragih, M. (2011). Pengantar Psikopatologi Untuk keperawatan. Jakarta: Kencana Perdana Media Group.
- Pontoh, L., & Angliadi, e. (2015). Rehabilitasi Medik Pada Poliomieltitis. Jurnal Biomedik, 117-124.
- Prihaningtyas, R. A. (2014). Deteksi dan Cepat Obati 30 Penyakit Yang Sering Menyerang Anak. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Ririn. (2013). Hepatitis Akut Disebabkan Virus Hepatitis A. Medula, 89-98.
- Rosa, E. M. (2018, Januari 27). Kepatuhan (Compliance). Magister Administrasi Rumah Sakit UMY.
- Rumini, Zein, U., & Suroyo, R. B. (2018). Faktor Resiko Hepatitis B Pada Pasien di RSUD Dr. Pringadi Medan. Jurnal Kesehatan Global,
- Safrida, W., & Syahrul. (2018). Tata Laksana Tetanus Generalisata Dengan Karies Gigi . Cakradonya Dental Journal, 86-95.
- Saputro, H., & Fazrin, I. (2017). Anak Sakit Wajib Bermain di Rumah Sakit. Ponorogo: Forum Ilmiah Kesehatan.

- Senewe, M. S., Rompas, s., & Lolong, J. (2017). Analisis Faktor Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Ibu Dalam Pemberian Imunisasi DasarAnderato, O. (2015). Penyakit Menular di Sekitar Anda. Jakarta: Pustaka ilmu semesta.
- Sentana, A. D. (2016). Analisis Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang dirawat di Ruang Intensive Care RSUD Provinsi NTB tahun 2015. Jurnal Kesehatan Prima, 1694-1708.
- Setiawati, D. (2014). Human Papiloma Virus dan Kanker serviks. Al siyah Public Health Science Journal, 450-459.
- Sinaga, E. K., Matondang, Z., & Sitompul, H. (2019). Buku Ajar Statistika Teori dan Aplikasi Pada Pendidikan. Medan: Yayasan kita menulis.
- Soegijanto , S. (2016). Kumpulan Makalah Penyakit Tropis dan Infeksi di Indonesia jilid 6. Surabaya: Airlangga University Press.
- Sugiyanto, B. (2014). Naskah Publikasi Pengaruh Konseling Spiritual Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pada keluarga Pasien Yang dirawat di Ruang ICU RSUD Sleman Yogyakarta. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Aisiyah.
- Sutriyani, Agus (2018).Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan ICU Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang di Rawat di Ruang ICU RSUD Koja
- Suwarya, W. P., & Yuwono, P. (2017). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Dalam Mitigasi Bencana Alam Tanah Longsor. University Research Collegium, 305-314.
- Undang - Undang No 44 tahun 2009 pasal 1 angka 1 Tentang Rumah sakit
- Waluyo, S., & Budhi. (2011). 100 Question & Answer Hepatitis. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Wuryaningsih, E. W., Windarti, H. D., Dewi, E. I., & Deviantony Fitrio. (2018). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa I. JEMBER: Universitas Jember.
- Zahara, F., Ibrahim, K., & Sriati, A. (2014). Prediktor Stres keluarga Akibat Anggota Keluarganya Dirawat di General Intensiv Care Unit. MKB, 150-154.
- Zaini, M. (2019). Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas. Yogyakarta: Deepublish.



Lampiran 1 : Surat izin stupen penelitian dari STIKES ke RSUD Sultan imanuddin pangkalan Bun



YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA

Jl. Sutan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112

Tlp/Fax : (0532) 28200, 082 234 971000 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 123/K1.2/STIKes-BCM/VI/2020
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

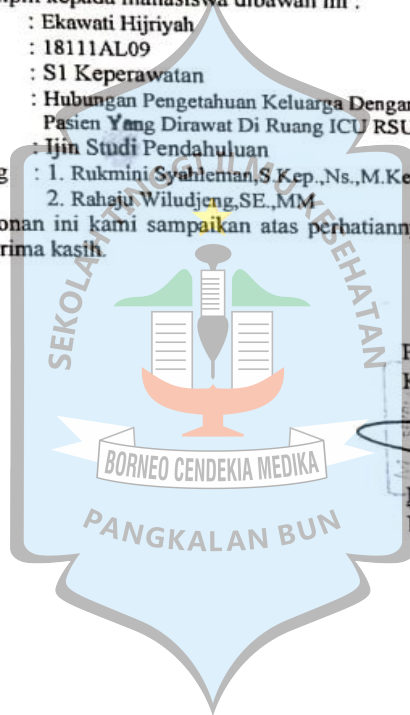
Kepada Yth.
Pimpinan RSUD Sultan Imanuddin
Di -
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyusunan Skripsi Mahasiswa/i Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Ijin Studi Pendahuluan di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa dibawah ini :

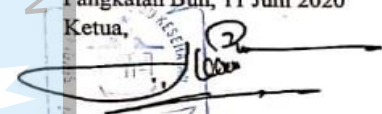
Nama : Ekawati Hijriyah
Nim : 18111AL09
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Terhadap Pasien Yang Dirawat Di Ruang ICU RSUD Sultan Imanuddin P.Bun .
Keperluan : Ijin Studi Pendahuluan
Dosen Pembimbing : 1. Rukmini Syahleman, S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Rahaju Wiludjeng,SE.,MM

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannya dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.



Pangkalan Bun, 11 Juni 2020

Ketua,


Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si
NIK. 01:04.024

Lampiran 2 : Surat balasan persetujuan stupen penelitian dari RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN

Akreditasi KARS No. KARS-SERT/943/XII/2017 Tanggal 22 Desember 2017
Jalan Sutan Syahrir No. 17 Pangkalan Bun - 74112



Pangkalan Bun, 17 Juni 2020

Nomor : 951/445/RSUD.TU
Lamp : -
Hal : Persetujuan Ijin Studi
Pendahuluan

Kepada :
Yth. Ketua Stikes Borneo Cendikia Medika
di -

PANGKALAN BUN

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: 123/K1.2/STIKes-BCM/VI/2020 tentang permohonan izin sudi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan data mahasiswa sebagai berikut :

Nama : Ekawati Hijriyah
NIM : 18111AL09
Prodi : S1 Keperawatan

Pada dasarnya kami menyetujui untuk melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Menunjukan Proposal Pendahuluan dari Kampus.
2. Mematuhi peraturan - peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Demikian disampaikan untuk diketahui dan dipergunakan dengan penuh tanggung jawab.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Sultan Imanuddin Pangkalan Bun,

dr.FACHRUDDIN
Pembina
NIP.19711121 200212 1 005



TERAKREDITASI PARIPURNA
KOMITE AKREDITASI RUMAH SAKIT

TLP : (0532) 21404
FAX : (0532) 23581

<https://rsul.kotawaringinbaratkab.go.id>

rsudpbun@gmail.com

HALO DIREKTUR 0812 - 7777 - 861

Lampiran 3 : Lembar Permohonan Uji Expert Quisioner 1



**YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA**

Jl. Sutan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112
Tlp/Fax : (0532) 28200, 082296455551 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 285/K1.2/STIKes-BCM/XII/2020
Lampiran : -
Perihal : Izin Uji Expert

Kepada Yth.
Dr. Kausarina Purwaningrum, SPAn
Di –
Tempat

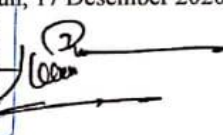
Dengan Hormat,
Sehubungan dengan penyusunan proposal Skripsi mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Uji Expert di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa dibawah ini :

Nama : Ekawati Hijriyah
Nim : 18111AL09
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Keperluan : Uji Expert
Dosen Pembimbing : 1. Rukmini Syahleman, S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Rahaju Wiluedjeng, SE.,MM

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannya dan kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Pangkalan Bun, 17 Desember 2020
Ketua,


Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si
NIK. 01.04.024

Lampiran 4 : Lembar Hasil Uji Expert 1

SURAT PERNYATAAN UJI EXPERT

Berdasarkan surat dari STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun Nomor : 285/K1.2/STIKes-BCM/VII/2020 tentang permohonan konsultasi uji expert tentang penelitian yang berjudul “ **Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**”, Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr.Kausarina Purwaningrum,Sp.An

Jabatan : Kepala Instalasi Intensive Care Unit RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Dengan ini menyatakan bahwa kuisioner yang di buat untuk penelitian yang dipilih sebagai kuisioner dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : EKAWATI HIJRIYAH

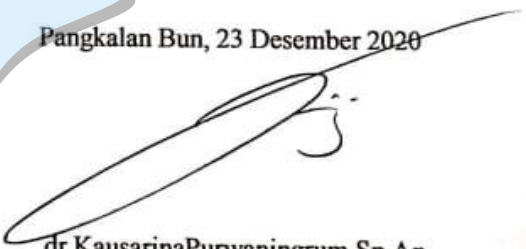
Nim : 18111AL09

Prodi : S1 Keperawatan STIKES Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun

Telah dilakukan Uji Expert dari kuisioner yang dibuat dan disetujui serta layak untuk digunakan dalam penelitian tentang “ **Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**” .

Demikian, surat pernyataan ini dibuat agar dapat digunakan sebagai mana mestinya.

Pangkalan Bun, 23 Desember 2020


dr.Kausarina Purwaningrum,Sp.An

NIP: 197802162005012012

Lampiran 5 : Lembar permohonan uji expert quissioner 2

 **YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA**
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA
Jl. Sultan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112
Telp/Fax : (0532) 28200, 082296455551 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 325/KI.2/STIKes-BCM/III/2021
Lampiran : 1
Perihal : Permohonan Izin

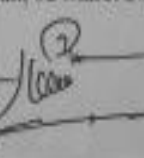
Kepada Yth,
Bpk. Wahyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Di –
Tempat

Dengan Hormat,
Sehubungan dengan penusunan proposal Skripsi mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Izin Uji Expert di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa/i dibawah ini

Nama : Eka Wati Huriyati
Nim : 18101AL09
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang di Rawat Intensif Care Unit (ICU)

Keperluan : Izin Uji
Dosen Pembimbing : 1. Rukmini Syahlemani, S.Kep.,Ns.,M.Kep
2. Rahayu M. Laili, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatian kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Pangkalan Bun, 02 Maret 2021
Kota

Dr. P. T. Suk Sulistivono, M.Si
NIDK 01 04 024

Lampiran 6 : Lembar Hasil Uji expert Quissioner 2

SURAT PERNYATAAN UJI EXPERT

Berdasarkan surat dari STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun Nomor : 285/K1.2/STIKes-BCM/VII/2020 tentang permohonan konsultasi uji expert tentang penelitian yang berjudul “ **Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang di rawat di Ruang Intensif Care Unit (ICU) di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**”, Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wahyono, S.Kep.,Ns.M.Kep

Jabatan : Kepala Seksi Keperawatan Rawat Jalan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Dengan ini menyatakan bahwa Quissioner yang di buat untuk penelitian yang di pilih sebagai Quissioner dalam penelitian yang di lakukan oleh :

Nama : Ekawati Hijriyah

Nim : 18111AL09

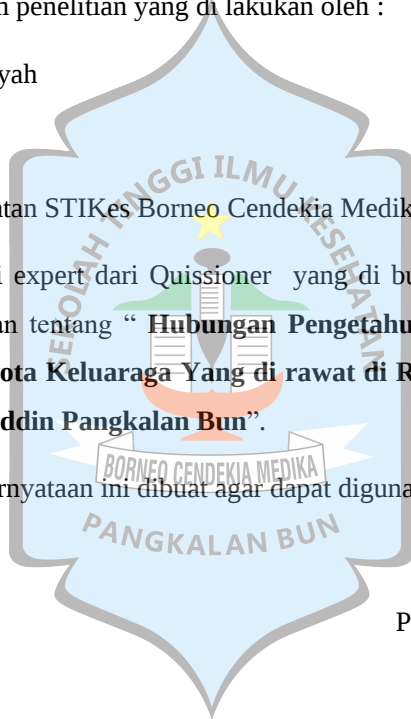
Prodi : S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun

Telah dilakukan uji expert dari Quissioner yang di buat dan di setuju serta layak di gunakan dalam penelitian tentang “ **Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang di rawat di Ruang Intensif Care Unit (ICU) di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**”.

Demikian, surat pernyataan ini dibuat agar dapat digunakan sebagai mana mestinya.

Pangkalan Bun, 6 Maret 2021

Wahyon, S.Kep.,Ns.M.Kep



Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian dari STIKES BCM ke RSUD Sutan Imanuddin P.Bun

**YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA**
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA
Jl. Sutan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat, Kalimantan Tengah 74112
Tlp/Fax : (0532) 28200, 082296455551 E-mail: stikesbcm15@gmail.com Web: stikesbcm.ac.id

Nomor : 361/K1.2/STIKes-BCM/III/2021
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin

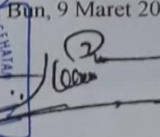
Kepada Yth.
Direktur RSUD Sultan Imanuddin
Di -
Tempat

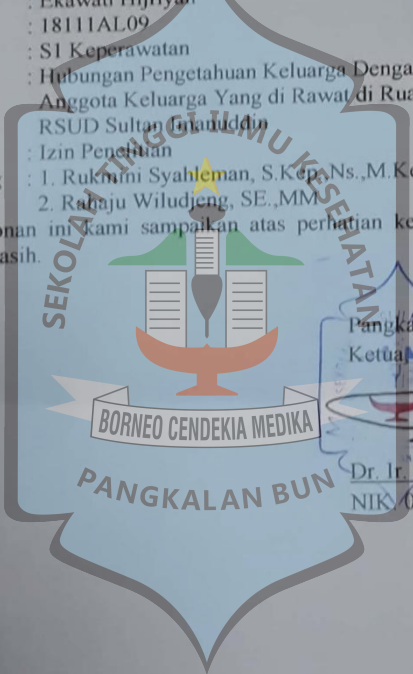
Dengan Hormat,
Sehubungan dengan penyusunan proposal Skripsi mahasiswa/i program studi S1 Keperawatan STIKes Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun. Bersama ini kami mohon Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk melakukan Izin Penelitian di wilayah/instansi yang Bapak/Ibu Pimpin kepada mahasiswa dibawah ini :

Nama : Ekawati Hijriyah
Nim : 181111AL09
Prodi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Anggota Keluarga Yang di Rawat di Ruang Intensive Care Unit RSUD Sultan Imanuddin

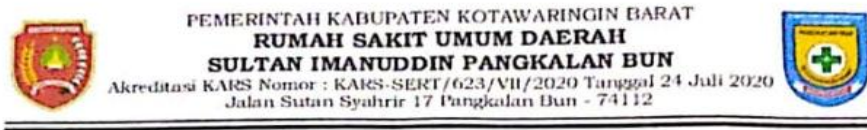
Keperluan : Izin Penelitian
Dosen Pembimbing : 1. Rukmini Syahleman, S.Kep.Ns.,M.Kep
2. Ratnaju Wiludjeng, SE.,MM

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatian kerjasamanya yang baik kami sampaikan terima kasih.

Pangkalan Bun, 9 Maret 2021
Ketua

Dr. Ir. Luluk Sulistiyono, M.Si
NIK. 01.04.024



Lampiran 8 : Surat Balasan Persetujuan Peneliatian dari RSUD Sutan Imanuddin
P.Bun



Pangkalan Bun, 12 Maret 2021

Nomor : 123 / 445/RSUD.PRC
Lamp. : -
Hal : Persetujuan Izin
Penelitian

Kepada
Yth. Ketua STIKES Borneo
Cendikia Medika
di -
PANGKALAN BUN

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: 361 / K1.2. / STIKes-BCM / III / 2021 tentang permohonan izin penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun bagi mahasiswa STIKES Borneo Cendikia Medika dengan data mahasiswa sebagai berikut:

Nama : Ekawati Hijriyah,
NIM : 18111AL09,
Prodi : S1 Keperawatan,

Pada dasarnya kami menyetujui untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Menunjukkan Proposal dari Kampus.
2. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit Umum Dearah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Demikian disampaikan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Plt. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Sultan Imanuddin Pangkalan Bun,

dr. FACHRUDDIN

Pembina Tk.I

NIP. 19711121 200212 1 005



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS

rsudpbun@gmail.com



<https://rsul.kotawaringinbaratkab.go.id>



0532 - 21404 | Fax : 0532 - 23581



SMS HALO DIREKTUR - 0812 7777 861



Lampiran 9 : Lembar Rencana Kegiatan Penelitian



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
BORNEO CENDEKIA MEDIKA
IZIN OPERASIONAL : NOMOR 95/M/Kp/III/2016
Jl. Sultan Syahrir No. 11 Pangkalan Bun, Kotawaringin Barat - Kalimantan Tengah
Telp/Fax (0532) 28200 Email : stikesbcm15@gmail.com

JADWAL PENELITIAN SKRIPSI PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
STIKES BORNEO CENDEKIA MEDIKA PANGKALAN BUN
TA 2019/2020

No	Kegiatan	WAKTU PENELITIAN																																		
		Juli				Agustus				September				Oktober				Nopember				Desember				Januari				Februari				Maret		
1	Pengajuan Judul	■	■	■	■																															
2	Penyusunan Proposal			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																					
3	Seminar Proposal										■	■	■	■	■	■																				
4	Izin Penelitian											■	■	■	■	■																				
5	Pengumpulan Data											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■															
6	Analisis Data															■	■	■	■	■	■	■														
7	Penyusunan Laporan Akhir (Skripsi)																					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
8	Sidang Skripsi																																■	■	■	■
9	Revisi Hasil Sidang Proposal																																■	■	■	■
10	Pengumpulan Skripsi																																■	■	■	■
11	Publikasi																																	■	■	■



Pangkalan Bun, Maret 2021
Ketua Program Studi S1
Keperawatan



Rukmini Syahleman, S.Kep.,Ns.,.Kep



**KUISIONER PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG
*INTENSIVE CARE UNIT (ICU)***

A. DATA UMUM

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : ☐ Laki laki ☐ Perempuan
4. Pendidikan : ☐ Tidak Sekolah ☐ SD ☐ SMP ☐ SMA
☐ Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : ☐ Swasta ☐ Pegawai Negeri ☐ Petani
☐ TNI / POLRI
6. Penghasilan :
7. Hubungan Keluarga :
8. Agama :

B. PENGETAHUAN TENTANG ICU

Pilihlah jawaban di bawah ini dengan Benar atau salah dengan memberi tanda X

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	ICU adalah bagian ruangan dalam rumah sakit yang khusus merawat pasien sakit berat dan kritis		
2	<i>Intensive Care Unit</i> merupakan kepanjangan dari ICU		
3	Pasien sakit berat, pasien tidak stabil yang memerlukan terapi Intensif seperti bantuan alat bantu nafas (Ventilator) merupakan indikasi pasien masuk		
4	ICU		
5	Peralatan di ICU digunakan untuk memantau kondisi pasien selama 24 jam		

6	Perawat dan dokter siaga 24 jam		
7	Keluarga boleh masuk hanya pada saat dibutuhkan		
8	Semua kebutuhan pasien selama di ruang ICU dibantu oleh perawat		
9	Keluarga boleh menjaga didalam selama perawatan		
10	Memberikan bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh merupakan salah satu prosedur perawatan ICU		
11	Pasien yang sudah tidak memerlukan lagi terapi intensif karena keadaan membaik, maka pasien boleh pindah/keluar dari ruang ICU		
12	Apabila pasien sudah sadar, maka boleh keluar dari ruang ICU		
13	Pasien dengan penyakit TB Aktif merupakan pasien yang tidak diindikasikan masuk ICU		
14	Pemantauan fungsi vital tubuh terhadap komplikasi merupakan salah satu prosedur perawatan di ICU		
15	Pasien dengan kondisi tidak stabil tidak diindikasikan masuk ICU		
16	Ada kriteria pasien yang boleh keluar dari ruang ICU		
17	Pasien yang di rawat di ruang ICU tidak bisa sembuh		
18	Perawat sering mengunjungi tempat tidur pasien		
19	Petugas kesehatan selalu menginformasikan tentang keadaan pasien		
20	Petugas kesehatan memenuhi kebutuhan sehari – hari pasien		
	Terdapat ruang tunggu bagi keluarga pasien yang di rawat di ruang ICU		

Jumlah Nilai :

Kesimpulan : ☐ Baik ☐ Cukup ☐ Kurang

Lampiran 11 : Lembar Quisioner Tingkat Kecemasan

TINGKAT KECEMASAN—HARS
(HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)

Berilah tanda (√) jika terdapat gejala yang terjadi selama keluarga dirawat di ICU

1) Perasaan cemas

- Firasat buruk
- Takut akan pikiran sendiri
- Mudah tersinggung

2) Ketegangan

- Merasa tegang
- Lesu
- Mudah terkejut
- Tidak dapat istirahat dengan nyenyak
- Mudah menangis
- Gemetar
- Gelisah

3) Ketakutan

- Pada gelap
- Ditinggal sendiri
- Pada orang asing



- Pada binatang besar
- Pada keramaian lalu lintas
- Pada kerumunan banyak orang

4) Gangguan tidur

- Sukar memulai tidur
- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan

5) Gangguan kecerdasan

- Daya ingat buruk
- Sulit berkonsentrasi
- Sering bingung

6) Perasaan Depresi

- Kehilangan minat
- Sedih
- Bangun dini hari
- Berkurangnya kesukaan pada hobi
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari



7) Gejala somatik (otot-otot)

- Nyeri otot
- Kaku
- Kedutan otot
- Gigi gemeretak
- Suara tak stabil

8) Gejala sensorik

- Telinga berdengung
- Penglihatan kabur
- Muka merah dan pucat
- Merasa lemah
- Perasaan ditusuk-tusuk

9) Gejala kardiovaskular

- Denyut nadi cepat
- Berdebar-debar
- Nyeri dada
- Denyut nadi mengeras
- Rasa lemah seperti mau pingsan
- Detak jantung hilang sekejap



10) Gejala pernapasan

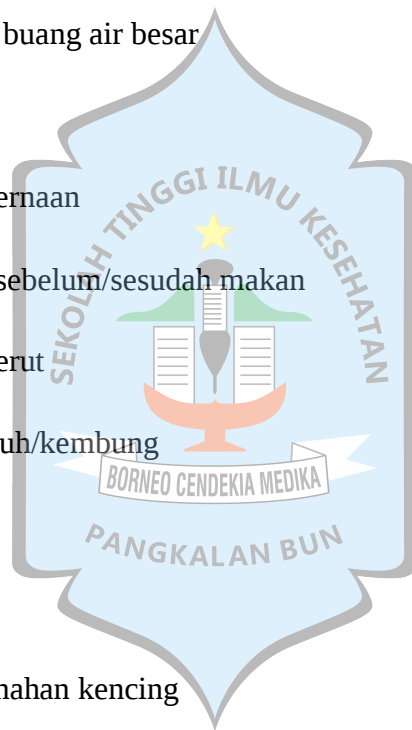
- Rasa tertekan di dada
- Perasaan tercekik
- Merasa napas pendek/sesak
- Sering menarik napas Panjang

11) Gejala gastrointestinal

- Sulit menelan
- Mual muntah
- Berat badan menurun
- Konstipasi/sulit buang air besar
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri lambung sebelum/sesudah makan
- Rasa panas di perut
- Perut terasa penuh/kembung

12) Gejala urogenitalia

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan kencing
- Amenor/menstruasi yang tidak teratur
- Frigiditas



13) Gejala vegetatif/otonom

- Mulut kering
- Muka kering
- Mudah berkeringat
- Pusing/sakit kepala
- Bulu roma berdiri

14) Apakah Ibu merasakan

- Gelisah
- Tidak terang
- Mengerutkan dahi muka tegang
- Tonus/ketegangan otot meningkat
- Napas pendek dan cepat
- Muka merah

Jumlah skor:

Kesimpulan :

- Tidak ada kecemasan
- Kecemasan ringan
- Kecemasan sedang
- Kecemasan berat



Lampiran 12 Lembar Konsultasi Pembimbing I

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Ekawati Hijriyah

Nim : 18111AL09

Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Terhadap Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang *Intesive Care Unit* (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Dosen Pembimbing : Rukmini Syahleman, S. Kep., NS., M. Kep

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
1.	16-05-2020	- Konsul judul yang diambil, - Hasil judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Terhadap Anggota Keluarga Yang Di Rawat Di Ruang <i>Intesive Care Unit</i> (ICU) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.	
2.	10-06-2020	Konsul Bab I - Perhatikan ukuran margin, - Jarak spasi, - Untuk kutipan cantumkan nama dan tahun. - Konsekuensi dalam menggunakan suatu kata walaupun <i>meaning</i> nya sama.	
3.	18-07-2020	Konsul Bab I - Penulisan ICU jangan disingkat, - Penulisan <i>cover</i> dilihat di buku panduan, - Untuk membuat latar belakang menggunakan rumus segitiga terbalik, - Ada beberapa kalimat yang dihilangkan, - Ditambahkan penjelasan terkait pengetahuan,	

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
4.	19-08-2020	- Ada nomor yang harus dibuang, Menjelaskan perbedaan penelitian dengan yang peneliti lakukan, - Untuk judul daftar pustaka dicetak dengan tulisan miring. Konsul Bab I dan Bab II - Perhatikan spasi, - Perhatikan tanda koma (,) baru dilanjutkan spasi, - Data jumlah pasien ruang ICU dimasukkan di studi pendahuluan, - Ditambahkan gambaran di ruang ICU, - Pemberian tanda hubung, - Penulisan ICU tidak boleh disingkat, - Perhatikan spasi di tiap kalimat, - Tuliskan tanda-tanda kecemasan, - <i>Reference</i> dan daftar pustaka cukup menggunakan daftar pustaka jadikan satu untuk isinya sesuai dengan abjad, - Semua judul daftar pustaka dicetak miring, - Tambahkan pengukuran pengetahuan lebih detail, - <i>BORNEO GENEKIA NERVA</i> skala yang digunakan untuk mengukur kecemasan	
5.	02-09-2020	Konsul Bab I, Bab II, dan Bab III - Untuk sampul skripsi dan ukuran logo disesuaikan dengan yang ada di panduan, - Penulisan tanda baca dan spasi, - Kata “mengetahui” diganti dengan “menganalisis”, - Untuk judul tidak usah diberikan tanda titik (.), - Menambahkan referensi untuk definisi pengetahuan,	

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
6.	02-10-2020	- Perjelas untuk skala yang mau digunakan untuk mengukur kecemasan. - Untuk penulisan skor ditulis menurun saja, - Untuk kerangka teori jelaskan tingkat pengetahuan tingkat pengetahuan skalanya, baru faktor yang mempengaruhinya. - Penulisan judul (spasi), - Untuk logo mengikuti panduan terbaru, - Penulisan kata ICU tidak boleh di singkat, - Penulisan kalimat ada yang dibuang dan dipindah tempat, - Membuang garis pada bagian atas dan bawah. - Tuliskan perbedaan variable, metode dan sampel antara peneliti sebelumnya dengan peneliti sekarang. - Keterangan untuk tanda garis putus-putus dan garis tidak putus-putus. - Hasil hipotesis : H_1 - Ada hubungan H_0 = Tidak ada hubungan - Untuk kerangka kerja dituliskan poin bagian atasnya dulu baru isinya. - Untuk jumlah pasien dituliskan jumlah keseluruhan. - Untuk sample dimasukkan dengan rumus solvin. - Untuk definisi operasional untuk cara cara ukur dihilangkan tidak usah dihapus. - Penulisan huruf besar untuk awal kata pada bagian dalam kurung setelah penggunaan bahasa Inggris.	

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
7.	03-11-2020	- Konsul pembuatan kuisisioner, - Saran untuk dirubah dan disesuaikan lagi, - Saran untuk pembuatan uji expert.	
8.	07-01-2021	- Konsul skripsi bab I-IV dan hasil uji expert kuisisioner.	
9.	25-01-2021	- Konsul perbaikan skripsi. Revisi penulisan spasi, margin dan logo STIKES.	
10.	02-02-2021	- Konsul perbaikan skripsi. - ACC untuk mendaftar seminar proposal	
11.	08-02-2021	- Konsul dan penandatanganan kelengkapan berkas seminar proposal.	



No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
12.	05-03-2021	- Konsul revisi setelah hasil ujian seminar proposal.	
13.	08-03-2021	- Konsul hasil revisi.	
14.	23-03-2021	- Konsul bab V dan bab VI - Konsul hasil revisi bab V dan bab VI,	 
15.	24-03-2021	- ACC daftar sidang skripsi.	



Lampiran 13 : Lembar Konsultasi Pembimbing II

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Ekawati Hijriyah
Nim : 18111AL09
Judul : Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Terhadap Pasien Di Rawat Di Ruang ICU RSUD SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN
Dosen Pembimbing : Rahaju Wiludjeng, SE., MM

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
1.	05-11-2020	- Memperbaiki Judul (Perubahan Kata), - Penulisan.	
2.	20-11-2020	- Kelengkapan dari kerangka konsep, - Kelengkapan keterangan dari gambar kerangka konsep.	
3.	04-12-2020	- Untuk sampling saran untuk menggunakan total sampling, Penulisan.	
4.	10-12-2020	- Saran kerangka teori, tidak usah dibuat saja karena sudah terwakilkan di kerangka konsep. - Buat jadwal mulai pembuatan skripsi.	
5.	07-01-2021	- Konsultasi dan semua skripsi mulai dari bab I-IV, Penulisan. - Konsul kuisioner dan uji expert.	
6.	25-01-2021	- Konsul perbaikan skripsi. - Revisi penulisan spasi dan margin. - Penulisan judul buku pada daftar pustaka untuk berbahasa Indonesia tidak usah dicetak miring.	

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
7.	05-02-2021	- Konsultasi revisi skripsi. - ACC untuk mendaftar seminar proposal.	
8.	08-02-2021	- Konsul dan penandatanganan kelengkapan berkas seminar proposal.	



No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
9.	05-03-2021	- Konsul revisi setelah hasil ujian seminar proposal.	
10.	08-03-2021	- Konsul hasil revisi. - Konsul bab V dan bab VI	
11.	24-03-2021	- Konsul hasil revisi bab V dan bab VI,	
12.	25-03-2021	- ACC daftar sidang skripsi	



Lampiran 14 Dokumentasi Pengisian Quisioner



