



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA PASIEN
DI RUANG INTENSIF DEWASA RSU
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

oleh

**Mukhlis Nur Rahman
NIM 152310101263**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA PASIEN
DI RUANG INTENSIF DEWASA RSU
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

SKRIPSI

disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi di Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)

oleh

**Mukhlis Nur Rahman
NIM 152310101263**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

SKRIPSI

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN
TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA PASIEN
DI RUANG INTENSIF DEWASA RSU
dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**



oleh

Mukhlis Nur Rahman
NIM 152310101263

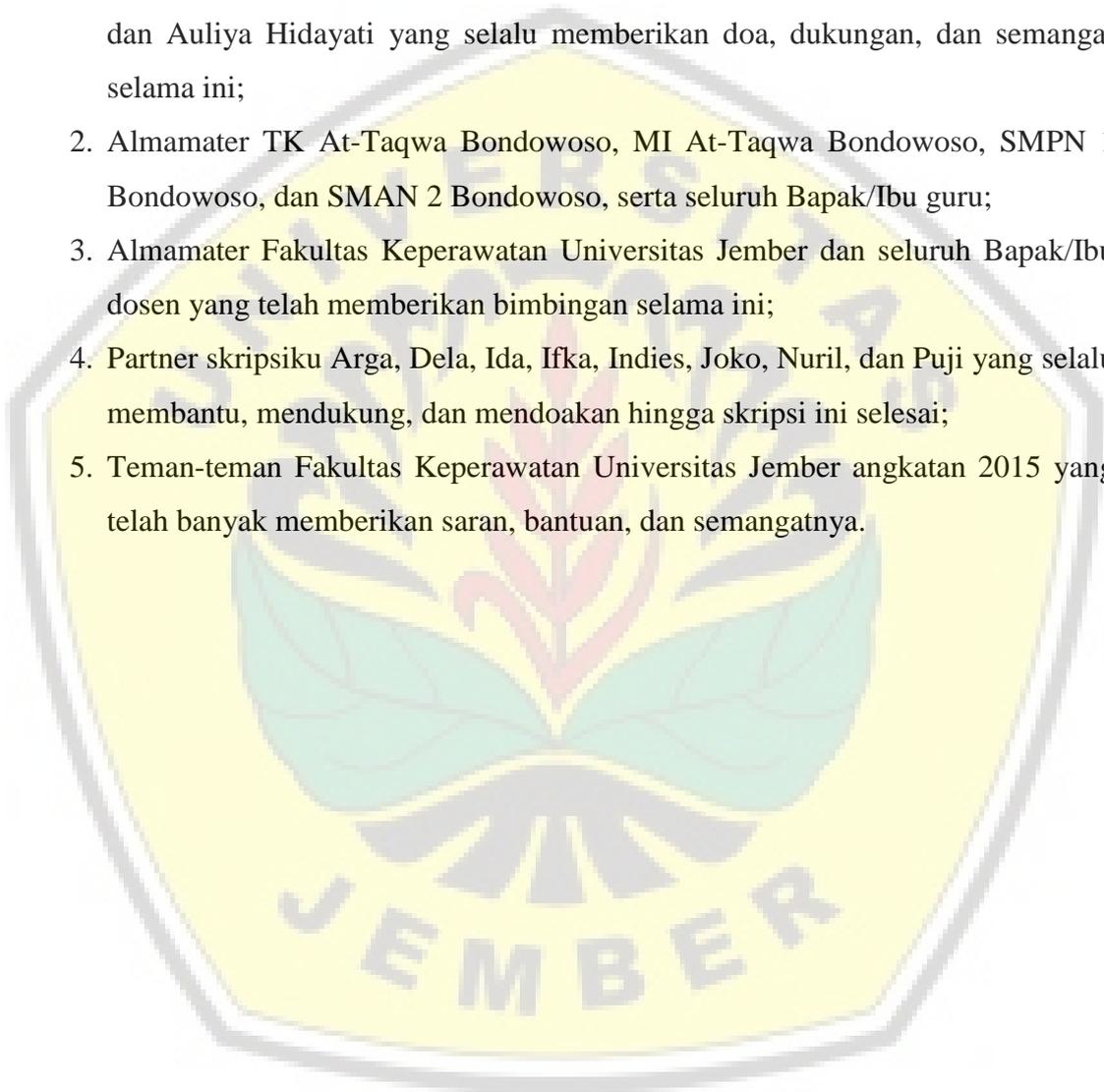
Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep.
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Enggal Hadi Kurniyawan, M.Kep.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

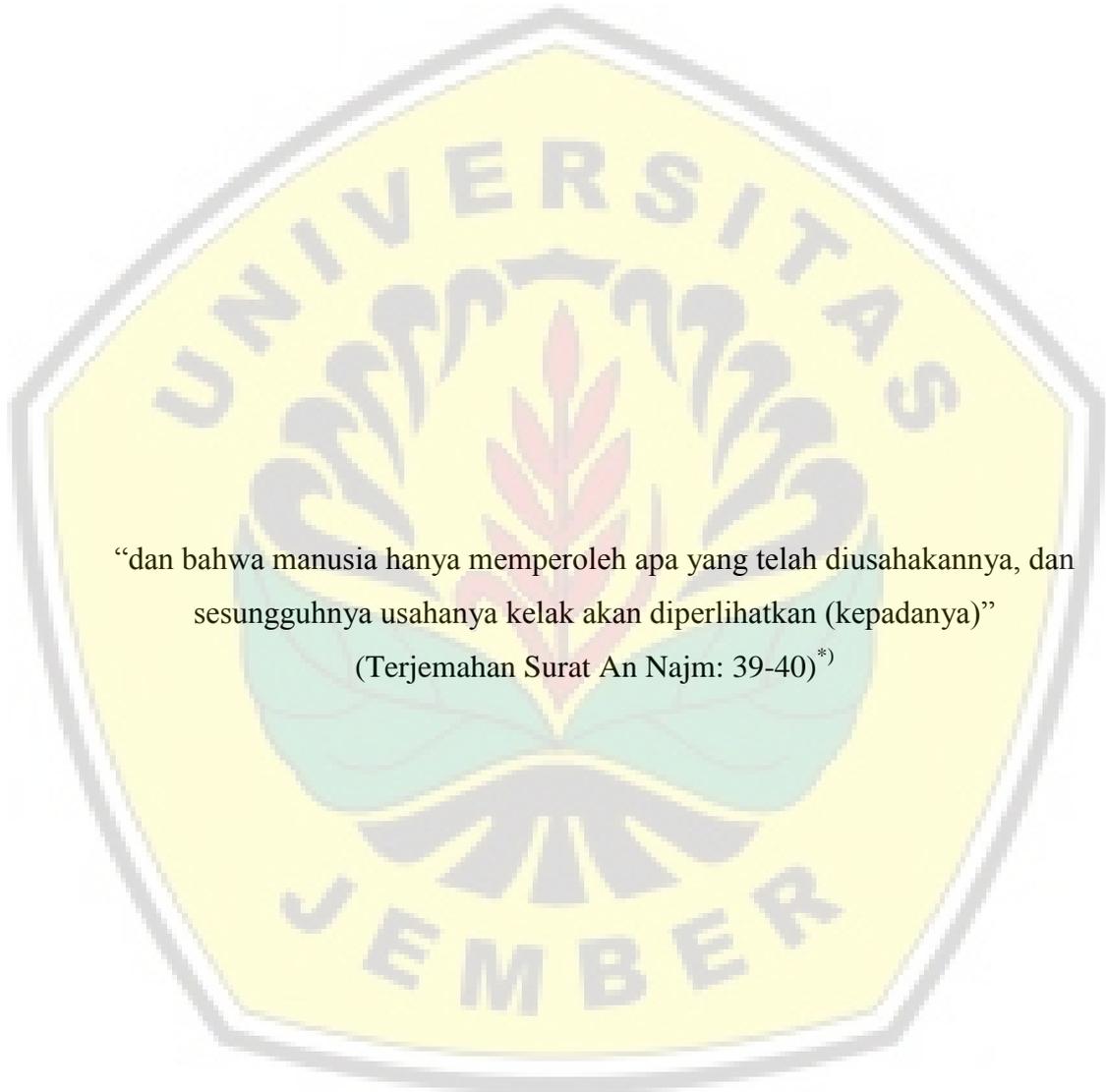
1. Ayahanda Suluh Kurniawan, Ibunda Siti Sunarti, Adikku Fawzi Nurrahman, dan Auliya Hidayati yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat selama ini;
2. Almamater TK At-Taqwa Bondowoso, MI At-Taqwa Bondowoso, SMPN 1 Bondowoso, dan SMAN 2 Bondowoso, serta seluruh Bapak/Ibu guru;
3. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah memberikan bimbingan selama ini;
4. Partner skripsiku Arga, Dela, Ida, Ifka, Indies, Joko, Nuril, dan Puji yang selalu membantu, mendukung, dan mendoakan hingga skripsi ini selesai;
5. Teman-teman Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2015 yang telah banyak memberikan saran, bantuan, dan semangatnya.



MOTO

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya ...”

(Terjemahan Surat Al Baqarah: 286)^{*)}



“dan bahwa manusia hanya memperoleh apa yang telah diusahakannya, dan
sesungguhnya usahanya kelak akan diperlihatkan (kepadanya)”

(Terjemahan Surat An Najm: 39-40)^{*)}

^{*)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahnya*. Bandung: CV. Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

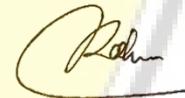
Nama : Mukhlis Nur Rahman

NIM : 152310101263

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan substansi sumbernya saya tulis, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2020
Yang menyatakan,



Mukhlis Nur Rahman
NIM 152310101263

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso” karya Mukhlis Nur Rahman telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Senin, 20 Januari 2020

tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

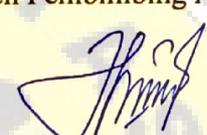
Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



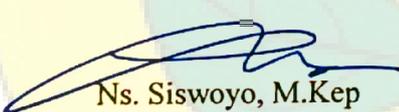
Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep.
NIP. 19830505 200812 1 004



Ns. Enggal Hadi Kurniyawan, M.Kep.
NIP. 760016844

Penguji I

Penguji II



Ns. Siswoyo, M.Kep
NIP. 19800412 200604 1 002



Ns. Akhmad Zainur Ridla, MAdvN
NIP. 760019007

Mengesahkan

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Laili Sulistyorini, M.Kes
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso (*Correlation between Demographic Characteristics and Level of Anxiety of Patient's Family in Intensive Care Units of dr. H. Koesnadi General Hospital Bondowoso*)

Mukhlis Nur Rahman

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Families of patients with ill conditions that had to receive intensive care had a high level of emotional stress. The critically ill patients became a burden or pressure for their families which would cause anxiety. The families' anxiety could be affected by internal factors. Internal factors include age, gender, level of education, and caregiving experience. The purpose of this study was to analyze the correlation between demographic characteristics and level of anxiety of patient's family in intensive care units of dr. H. Koesnadi General Hospital Bondowoso. This study was a correlational research with cross sectional approach. A total of 133 respondents were enrolled in this study using convenience sampling technique. The independent variable was demographic characteristics and the dependent variable was level of anxiety. Data collection was performed by administering questionnaires of demographic characteristics and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anxiety). Data were analyzed using chi square test with significance level of 0.05. The results showed that most of families of ICU and ICCU patients experience anxiety which consists of 89 people (66.9%). There was a correlation between gender and level of anxiety (p value = 0.002) and no correlation between other demographic characteristics and anxiety. Anxiety was found to be more apparent on women than men. This study indicates the importance of nurses' role to give families access to information regarding the patients' condition and medications to reduce their anxiety. Further researches should investigate other factors that might affect the level of anxiety of patient's family in intensive room.

Keywords: *Anxiety, demographic characteristic, patient's family, intensive care units*

RINGKASAN

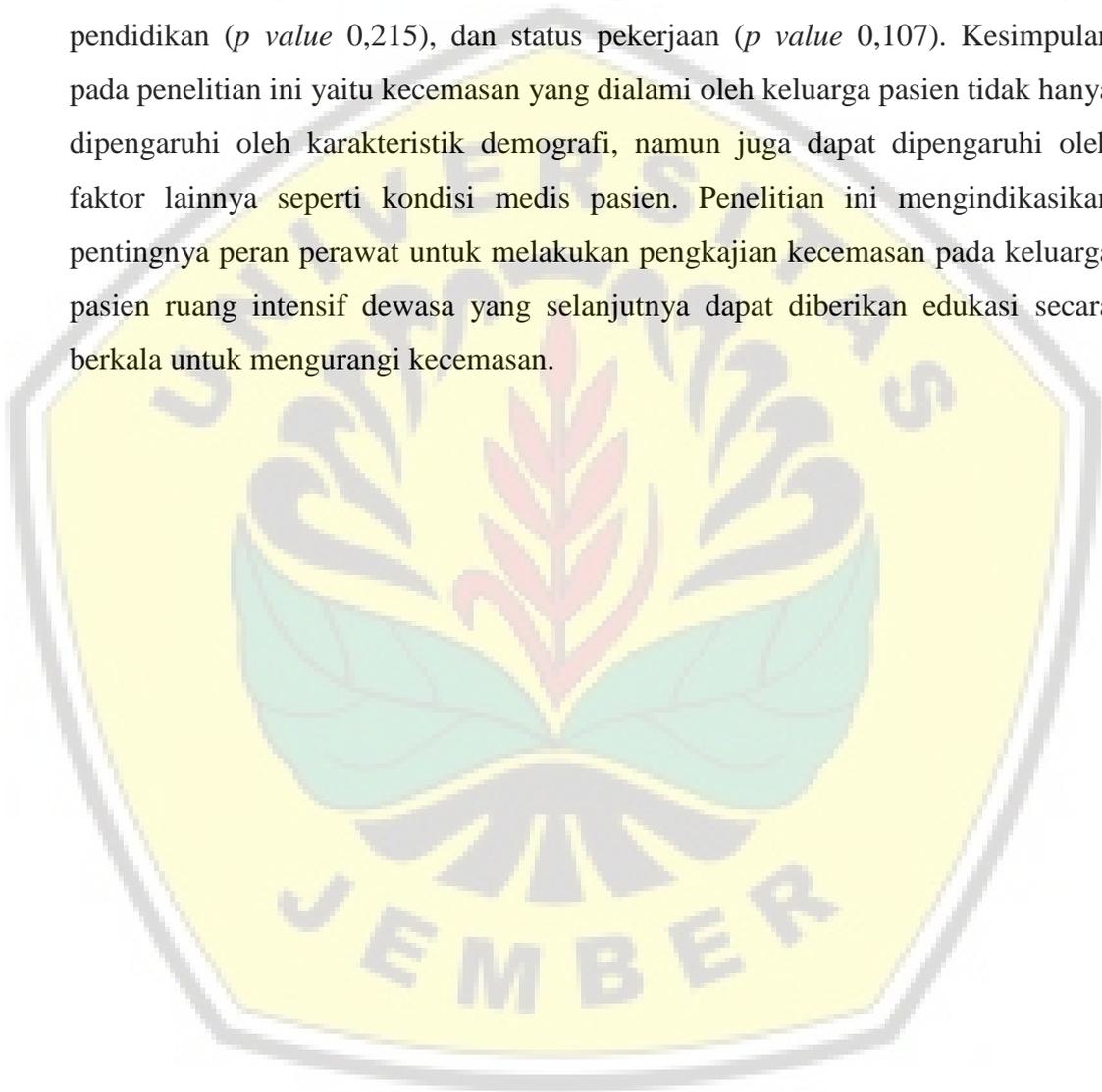
Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso:
Mukhlis Nur Rahman, 152310101263; 2020; xviii+107 halaman; Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Pelayanan perawatan intensif adalah layanan dalam rumah sakit yang diberikan pada pasien dengan penyakit yang mengancam nyawa, trauma atau pembedahan dengan alat penunjang fungsi vital tubuh untuk mengurangi ancaman kematian dan meningkatkan harapan sembuh. Pelayanan perawatan intensif dewasa meliputi *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)*. ICU merupakan lingkungan yang kompleks dengan konsekuensi fisik, kognitif, psikologis, dan fungsional yang tidak diinginkan baik bagi pasien maupun keluarga pasien. Berbagai hal dapat mempengaruhi seseorang sehingga menimbulkan kecemasan dalam mendampingi anggota keluarga yang mendapatkan perawatan di ruang ICU. Kecemasan merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu di luar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan, yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pengalaman menunggu.

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisa hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Metode yang digunakan yaitu metode korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* yang mengobservasi data variabel dependen dan independen hanya satu kali dalam satu waktu. Penelitian ini menggunakan *convenience sampling* dengan besar sampel sebanyak 133 orang yang ditentukan menggunakan aplikasi G*Power 3. Pengumpulan data menggunakan kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anxiety)* untuk mengukur tingkat kecemasan. Teknik analisa data yang digunakan pada penelitian ini yaitu *chi square*.

Pada penelitian ini diketahui bahwa keluarga pasien ICU dan ICCU lebih banyak yang mengalami cemas yaitu 89 orang (66,9%), sedangkan yang tidak

cemas sebanyak 44 orang (33,1%). Hasil uji statistik menggunakan *chi square* didapatkan *p value* 0,002 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan, sedangkan untuk karakteristik demografi lainnya menunjukkan tidak adanya hubungan dengan kecemasan, yaitu pada variabel usia (*p value* 0,318), status pernikahan (*p value* 0,910), tingkat pendidikan (*p value* 0,215), dan status pekerjaan (*p value* 0,107). Kesimpulan pada penelitian ini yaitu kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien tidak hanya dipengaruhi oleh karakteristik demografi, namun juga dapat dipengaruhi oleh faktor lainnya seperti kondisi medis pasien. Penelitian ini mengindikasikan pentingnya peran perawat untuk melakukan pengkajian kecemasan pada keluarga pasien ruang intensif dewasa yang selanjutnya dapat diberikan edukasi secara berkala untuk mengurangi kecemasan.



PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.” Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Enggal Hadi Kurniyawan, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Siswoyo, M.Kep., selaku Dosen Penguji I yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Akhmad Zainur Ridla, MAdvN., selaku Dosen Penguji II yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Ns. Muhammad Zulfatul A'la, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
7. Ibunda Siti Sunarti, S.Pd., dan ayahanda Suluh Kurniawan, S.Pd., yang selalu memberikan dukungan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Ns. Auliya Hidayati, S.Kep., yang telah memberikan semangat dan motivasi demi terselesaikannya skripsi ini;
9. Teman satu DPU Arga, Ida, Ifka, Indies, Joko, Nuril dan Puji yang telah mendukung dan memberi semangat dalam pengerjaan skripsi ini;

10. Pihak RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian;
11. Teman-teman Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2015 yang telah mendukung;
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Januari 2020

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Penelitian	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti	5
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	6
1.5 Keaslian Penelitian	6
BAB 2. TINJAUAN TEORI	9
2.1. Konsep Unit Perawatan Intensif	9
2.1.1 <i>Intensive Care Unit</i>	9

2.1.2 <i>Intensive Coronary Care Unit</i>	14
2.1.3 Karakteristik ICU dan ICCU	18
2.2. Konsep Karakteristik Demografi	19
2.2.1 Definisi Karakteristik Demografi	19
2.2.2 Karakteristik Demografi	19
2.3. Konsep Kecemasan	21
2.3.1 Definisi Kecemasan	21
2.3.2 Tingkat Kecemasan.....	22
2.3.3 Karakteristik Kecemasan	23
2.3.4 Faktor Pencetus Kecemasan	25
2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan.....	25
2.3.6 Pengukuran Tingkat Kecemasan	29
2.4. Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan.....	31
2.5. Kerangka Teori	34
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	35
3.1. Kerangka Konsep	35
3.2. Hipotesis Penelitian.....	36
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	37
4.1. Desain Penelitian.....	37
4.2. Populasi dan Sampel Penelitian.....	37
4.2.1 Populasi Penelitian.....	37
4.2.2 Sampel Penelitian	37
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian	39
4.3. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.4. Definisi Operasional	40
4.5. Pengumpulan Data	41
4.5.1 Sumber Data	41
4.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	42
4.5.3 Alat Pengumpulan Data	43
4.5.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	44

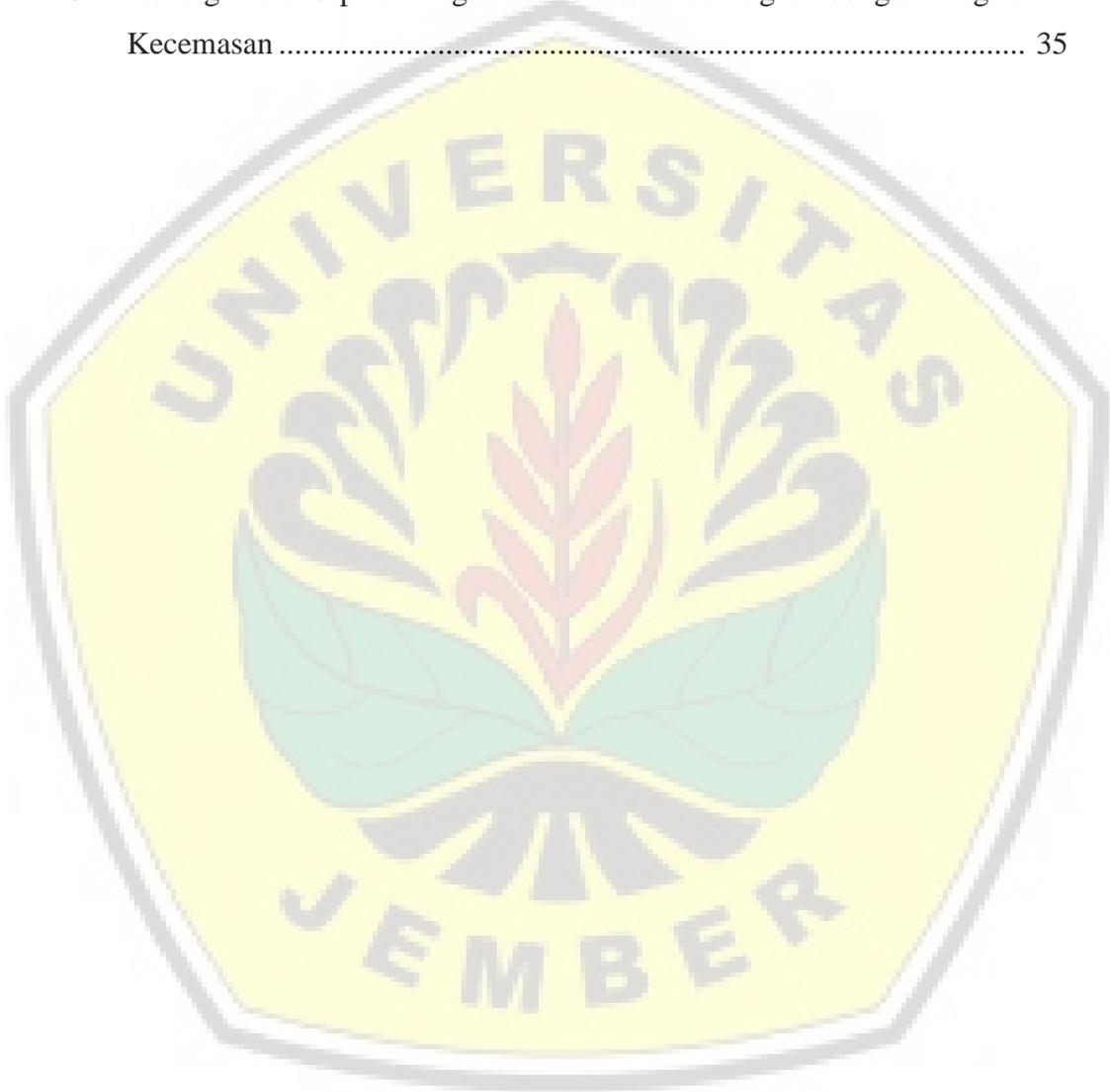
4.6. Pengolahan Data	45
4.6.1 <i>Editing</i>	45
4.6.2 <i>Coding</i>	46
4.6.3 <i>Processing/Entry</i>	47
4.6.4 <i>Cleaning</i>	47
4.7. Analisis Data.....	48
4.8. Etika Penelitian	50
4.8.1 Otonomi	50
4.8.2 Kerahasiaan.....	50
4.8.3 Keadilan	51
4.8.4 Kemanfaatan	51
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	52
5.1 Hasil Penelitian	52
5.1.1 Karakteristik Demografi Responden	52
5.1.2 Tingkat Kecemasan Responden	55
5.1.3 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan.....	55
5.2 Pembahasan.....	57
5.2.1 Karakteristik Demografi pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa.....	57
5.2.2 Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa	62
5.2.3 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa	63
5.3 Keterbatasan Penelitian	71
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN.....	72
6.1 Simpulan	72
6.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN.....	85

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Perbedaan Penelitian	7
2.1 Jenis Tenaga di <i>Intensive Care Unit</i> (ICU).....	14
2.2 Karakteristik ICU dan ICCU	18
4.1 Definisi Operasional	41
4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS -Anxiety).....	44
5.1 Distribusi Responden Menurut Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Tingkat Pendidikan, dan Status Pekerjaan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	53
5.2 Distribusi Responden Menurut Usia dan Tingkat Pendidikan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Setelah Penggabungan Sel.....	54
5.3 Gambaran Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	55
5.4 Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.2 Kerangka Teori	34
3.1 Kerangka Konsep Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan	35



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	86
B. Lembar <i>Consent</i>	87
C. Kuesioner Karakteristik Demografi	88
D. Kuesioner <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS-A).....	89
E. <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE).....	90
F. Izin Penggunaan Kuesioner HADS-A	91
G. Alokasi Waktu Penelitian	92
H. Keterangan Kelaikan Etik	93
I. Analisa Data.....	94
J. Dokumentasi Penelitian	99
K. <i>Logbook</i> Penelitian.....	100
L. Surat Ijin Penelitian.....	102
M. Surat Keterangan Selesai Penelitian	104
N. Lembar Konsul Pembimbing	105

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ruang perawatan intensif merupakan bagian dari rumah sakit yang terpisah dan memiliki petugas serta perlengkapan khusus untuk melakukan observasi, perawatan, dan terapi pada pasien dengan cedera atau penyulit yang dapat mengancam jiwa atau berpotensi mengancam jiwa (Kemenkes RI, 2010). Pelayanan perawatan intensif adalah layanan dalam rumah sakit yang diberikan pada pasien dengan penyakit yang mengancam nyawa, trauma atau pembedahan dengan alat penunjang fungsi vital tubuh untuk mengurangi ancaman kematian serta meningkatkan harapan sembuh (Kemenkes RI, 2012). Menurut *Washington State Department of Health* tahun 2019 layanan perawatan intensif di rumah sakit meliputi *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)*, *Intensive Care Unit (ICU)*, *Pediatric Intensive Care Unit (PICU)*, dan *Neonatus Intensive Care Unit (NICU)*

Menurut Marshall dkk. (2016), ICU merupakan sebuah sistem terorganisir untuk perawatan pasien yang memberikan perawatan intensif dan terspesialisasi, kemampuan monitoring lebih baik, dan memiliki berbagai alat penunjang organ untuk mempertahankan kehidupan pasien selama periode ketidakadekuatan fungsi sistem organ. ICCU adalah sebuah unit rumah sakit yang didedikasikan bagi pasien dengan penyakit kardiovaskuler dan memerlukan perawatan serta monitoring khusus (Oxford Dictionaries dalam Roland, 2014). ICU merupakan lingkungan yang kompleks dengan konsekuensi fisik, kognitif, psikologis dan fungsional signifikan yang tidak diinginkan baik bagi pasien maupun keluarga

pasien (Hopkins dkk., 2005; Azoulay dkk., 2005; Iwashyna dkk., 2010 dalam Beesley dkk., 2018).

Keluarga pasien di ICU dan ICCU merasakan dampak fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi (Eaton dkk., 2011). Hospitalisasi pasien ke ruang ICU dan proses pemulihannya dapat menimbulkan stres bagi anggota keluarga (Boloski dkk., 2018). Ketidakstabilan kondisi fisik keluarga pasien yang menjaga pasien di ruang intensif juga dapat meningkatkan risiko gangguan psikologis, seperti stres, kecemasan, gangguan mental, hingga depresi (Day dkk., 2013). Selain itu, keluarga pasien harus merasakan ketidakbiasaan berada di lingkungan ICU, prosedur-prosedur perawatannya, dan ketidakpastian tentang *outcome* pasien (Boloski dkk., 2018).

Kecemasan merupakan suatu emosi yang memiliki tanda dan gejala seperti adanya rasa tertekan, perasaan khawatir serta perubahan-perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah (American Psychological Association, 2019). Kecemasan adalah gejalak emosi yang berhubungan dengan sesuatu yang berasal dari luar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan untuk mengatasi masalah (Asmadi, 2012). Penelitian Kao dkk. tahun 2016 bahwa terdapat prevalensi yang tinggi gangguan tidur, kecemasan, dan depresi pada anggota keluarga pasien ICU. Penelitian oleh Day dkk. 2013 juga menunjukkan kualitas tidur pada keluarga pasien ICU yaitu 43,5% sangat buruk. Faktor yang mempengaruhi kualitas tidur tersebut, yaitu kecemasan (43,6%), ketegangan (28,7%), dan rasa takut (24,5%). Ketiga gangguan tersebut akan mempengaruhi keadaan fisik dan psikologis

keluarga pasien yang nantinya juga akan mempengaruhi kemampuan dalam mengambil keputusan serta perawatan pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Bolosi dkk. tahun 2018 pada 108 responden menunjukkan bahwa dalam rentang waktu satu minggu, tingkat kecemasan keluarga pasien tidak berubah secara signifikan. Selain itu, disebutkan bahwa sebanyak 34% dari 471 responden dalam sebuah penelitian di Brazil dan 52% dari 720 responden dalam penelitian di Iran mengalami kecemasan (Fumis dkk., 2015; Bandari dkk., 2014 dalam Bolosi dkk., 2018). Hasil penelitian tersebut sesuai dengan penelitian Kourti dkk. tahun 2015 yaitu dari 102 responden, 60% diantaranya mengalami kecemasan. Kecemasan pada keluarga pasien ICU dapat menghambat dalam memberikan dukungan pada pasien bahkan dapat membuat pasien ikut merasa cemas (Zarei dkk., 2015). Selain itu, kecemasan dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga untuk menerima dan memproses informasi, menjaga pola kerja dalam keluarga, menggunakan coping yang efektif, dan memberikan dukungan positif bagi pasien (Pochard dkk., 2001; Leske, 2002 dalam Shafipour dkk., 2017).

Kecemasan dapat dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu lingkungan, emosi yang ditekan, akibat fisik, dan keturunan (Ramaiah, 2003). Elias dkk. tahun 2013 menjelaskan bahwa kecemasan pada keluarga pasien kritis dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pengalaman menunggu, kondisi medis, akses informasi, komunikasi terapeutik, fasilitas kesehatan, dan lingkungan fisik. Castillo dkk. (2016) mengungkapkan bahwa kecemasan dapat dipengaruhi oleh usia. Hal tersebut dipertegas oleh Farhand dalam Annisa dan

Ifdil (2016) bahwa proses menua juga disertai dengan adanya penurunan psikologis. Selain itu, jenis kelamin juga dapat mempengaruhi kecemasan, yaitu wanita lebih rentan mengalami kecemasan daripada pria (Kourti dkk., 2015).

Faktor yang mempengaruhi kecemasan juga dijelaskan oleh Aboalizm dkk. (2016) bahwa terdapat korelasi yang signifikan pada hubungan usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan ($p=0,0001$). Konsisten dengan adanya gejala depresi, keluarga yang merupakan pasangan dari pasien ICU kemungkinan memiliki kecemasan yang lebih besar (Pochard dkk., 2001 dalam Hickman dan Douglas, 2010). Selain itu, adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, status pekerjaan, status sosio ekonomi menengah dan rendah dengan tingkat kecemasan ditemukan pada penelitian Hajebi dkk. (2018). Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti bermaksud untuk meneliti hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.2 Rumusan Penelitian

Apakah terdapat hubungan antara karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini yaitu untuk menganalisis hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- c. Menganalisis hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Menambah wawasan serta pengalaman peneliti terkait hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi institusi pendidikan sebagai sumber informasi dan referensi pengembangan penelitian mengenai hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diimplikasikan pada setiap instansi rumah sakit yang menyediakan unit perawatan intensif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

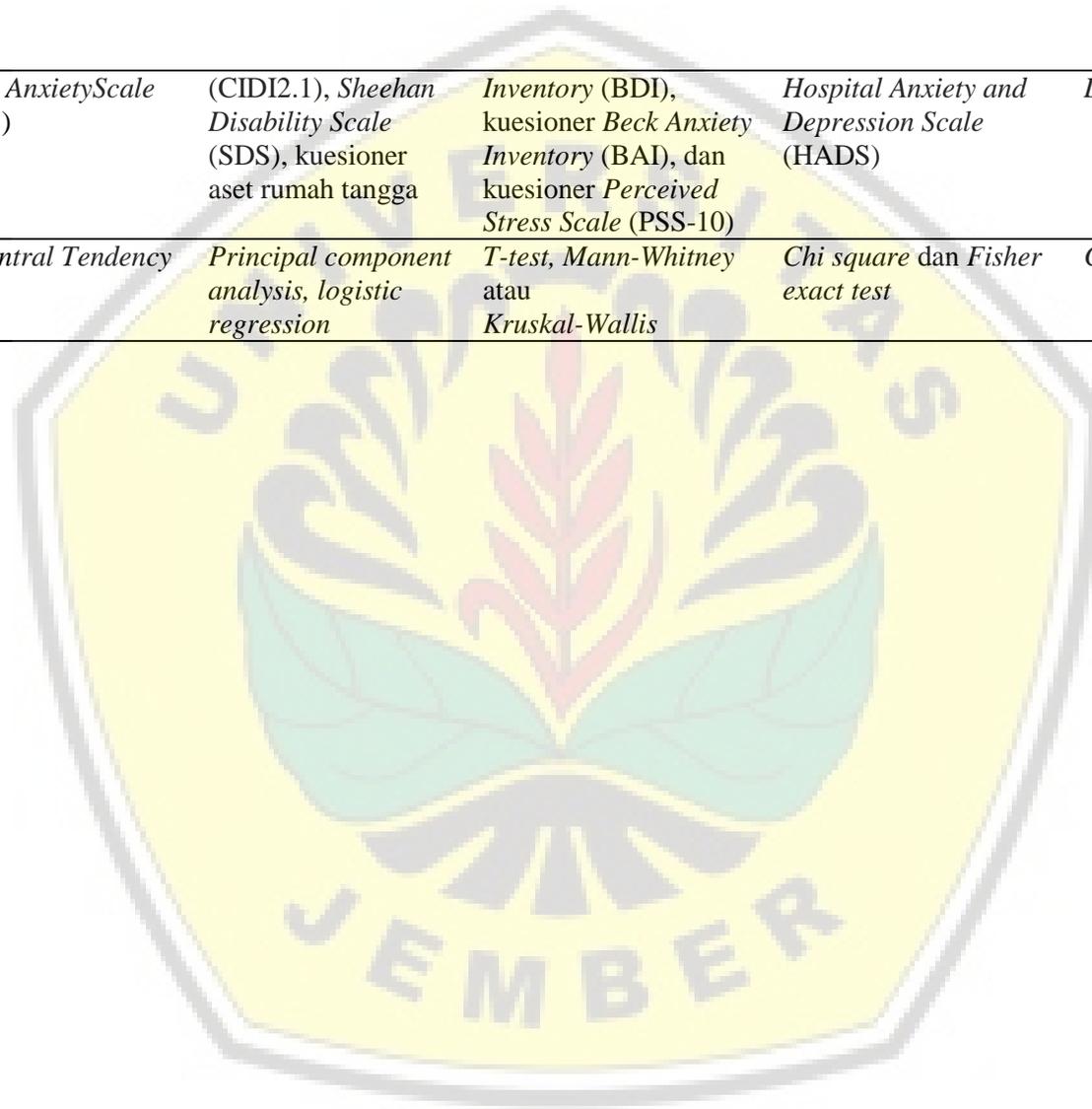
1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso” belum pernah diteliti. Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional* yang memiliki tujuan untuk menganalisis hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dan menggunakan *convenience sampling*. Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)*. Teknik analisis bivariat pada penelitian ini yaitu *chi square*. Terdapat beberapa penelitian yang mendukung penelitian ini, yaitu Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten (Sugimin, 2017); *Major Anxiety Disorders in Iran: Prevalence, Sociodemographic Correlates and Service Utilization* (Hajebi dkk., 2018); *Anxiety, Stress and Depression in Family Members of Patients with Heart Failure* (Lacerda dkk., 2017); *Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients* (Köse dkk., 2016).

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian

No.	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya			Penelitian Sekarang	
1.	Judul Penelitian	Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten	<i>Major Anxiety Disorders in Iran: Prevalence, Sociodemographic Correlates and Service Utilization</i>	<i>Anxiety, Stress and Depression in Family Members of Patients with Heart Failure</i>	<i>Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care unit Patients</i>	Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
2.	Peneliti	Sugimin	Ahmad Hajebi, Seyed Abbas Motevalian, Afarin Rahimi-Movaghar, Vandad Sharifi, Masoumeh Amin-Esmaili, Reza Radgoodarzi, Mitra Hefazi	Marianna Sobral Lacerda, Melissa Alves Cirelli, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Juliana de Lima Lopes	Isil Kose, Ciler Zincircioglu, Yasemin Kilic Ozturk, dkk.	Mukhlis Nur Rahman
3.	Tahun Penelitian	2017	2018	2017	2016	2019
4.	Variabel Independen	Kecemasan Keluarga Pasien	Kecemasan, prevalensi kecemasan, faktor demografi, pemanfaatan layanan	Sosiodemografi dan klinis	Faktor sosiodemografi dan fisik	Karakteristik Demografi
5.	Variabel Dependen	-	-	Kecemasan, stress, dan depresi	Kecemasan dan Depresi	Tingkat Kecemasan
6.	Tempat Penelitian	Ruang ICU RSUD dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Rumah masing-masing responden	Klinik Rawat Jalan Kardiomiopati Sao Paulo Hospital	Ruang ICU Rumah Sakit Pelatihan dan Riset Izmir	Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
7.	Instrumen Penelitian	Kuesioner data demografi responden, kuesioner <i>Zung Self-</i>	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>	Kuesioner data demografi, kuesioner <i>Beck Depression</i>	Kuesioner sosiodemografi dan fisik, kuesioner	Kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner <i>Hospital Anxiety and</i>

	<i>Rating Anxiety Scale (ZSAS)</i>	<i>(CID12.1), Sheehan Disability Scale (SDS), kuesioner aset rumah tangga</i>	<i>Inventory (BDI), kuesioner Beck Anxiety Inventory (BAI), dan kuesioner Perceived Stress Scale (PSS-10)</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	<i>Depression Scale (HADS-A)</i>	
8.	Teknik Analisis Data	Uji Central Tendency	<i>Principal component analysis, logistic regression</i>	<i>T-test, Mann-Whitney atau Kruskal-Wallis</i>	<i>Chi square dan Fisher exact test</i>	<i>Chi square</i>



BAB 2. TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Unit Perawatan Intensif

Unit perawatan intensif merupakan unit khusus yang memberikan pelayanan komprehensif dan pemantauan yang kontinyu untuk pasien yang sedang berada dalam kondisi mengancam jiwa (Murti, 2009). Salah satu bagian rumah sakit yang memiliki petugas medis, perawat, dan petugas lainnya dengan keterampilan serta pengalaman dalam mengelola pasien yang disertai penyakit, cedera, atau adanya penyulit yang dapat mengakibatkan kematian telah dijelaskan dalam Pedoman Penyelenggaraan *Intensive Care Unit* (ICU). Selain itu, ICU memiliki sarana dan prasarana, kemampuan, serta peralatan khusus yang dapat menunjang fungsi vital pasien (Kemenkes RI, 2012).

2.1.1 *Intensive Care Unit* (ICU)

2.1.1.1 Definisi

Intensive Care Unit atau yang selanjutnya disingkat ICU merupakan bagian rumah sakit yang memiliki petugas medis, perawat, dan petugas lainnya dengan keterampilan serta pengalaman dalam mengelola pasien yang disertai penyakit, cedera, atau adanya penyulit yang dapat mengakibatkan kematian (Kemenkes RI, 2012). Marshall dkk.(2016) mendefinikan ICU sebagai sebuah sistem yang terorganisir dalam memberikan perawatan pada pasien kritis dengan layanan medis dan keperawatan intensif serta terspesialisasi, kemampuan *monitoring* lebih baik, dan berbagai alat penunjang organ fisiologis untuk mempertahankan kondisi pasien selama periode akut dari ketidakmampuan fungsi sistem organ.

2.1.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan harus memiliki layanan ICU dengan kualitas yang baik dan profesional. Pelayanan diberikan oleh berbagai tenaga kesehatan profesional multidisiplin yang bekerja secara tim. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan menurut (Kemenkes RI, 2012), yaitu:

- a. Diagnosa penyakit yang dapat mengancam nyawa dan menyebabkan kematian dalam jangka waktu tertentu, baik dalam beberapa menit maupun dalam beberapa hari.
- b. Memberikan bantuan dan menjaga fungsi vital tubuh serta memberikan intervensi spesifik pada permasalahan dasar.
- c. Pasien dengan penyakit atau iatrogenik akan dilakukan pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan komplikasi.
- d. Pasien yang sangat membutuhkan peralatan atau orang lain akan diberikan bantuan secara psikologis.

2.1.1.3 Karakteristik Pasien ICU

Karakteristik pasien yang membutuhkan perawatan di ICU menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), yaitu:

- a. Membutuhkan petugas perawatan intensif untuk intervensi medis segera.
- b. Membutuhkan pemantauan yang konstan dan metode terapi titrasi untuk mengelola fungsi sistem organ tubuh.
- c. Membutuhkan observasi secara berkelanjutan dan intervensi segera sebagai pencegahan adanya dekompensasi fisiologis.

2.1.1.4 Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICU

Pelayanan medik tertitiasi dan kontinyu serta pencegahan fragmentasi pengelolaan merupakan tujuan pelayanan ICU. Berikut ini merupakan kriteria pasien kritis menurut Kementerian Kesehatan RI (2012):

- a. Pasien yang tidak stabil secara fisiologis dan membutuhkan bantuan petugas yang terkait di ruang intensif serta pemantauan yang ketat secara kontinyu.
- b. Pasien dengan dekomensasi fisiologis yang membutuhkan observasi ketat secara kontinyu dan membutuhkan intervensi segera.

Sarana dan prasarana di ICU yang terbatas membutuhkan sebuah mekanisme untuk menentukan prioritas pasien yang akan dirawat di ICU. Kriteria pasien ICU menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), yaitu:

a. Kriteria Pasien Masuk ICU

Pasien yang dirawat di ICU ditentukan berdasarkan prioritas penilaian secara objektif sesuai berat atau tidaknya penyakit dan prognosis, yaitu:

1) Pasien Prioritas Satu

Pasien prioritas satu merupakan kelompok kritis dengan kondisi tidak stabil yang membutuhkan terapi intensif dan tertitiasi, seperti alat bantu yang dapat mendukung organ atau sistem lainnya. Terapi pasien prioritas satu pada umumnya tidak terbatas.

2) Pasien Prioritas Dua

Pasien prioritas dua merupakan kelompok yang membutuhkan observasi di ICU karena dapat menyebabkan risiko yang tidak diinginkan apabila tidak mendapatkan terapi intensif dengan segera, seperti observasi intensif

menggunakan *pulmonary arteria chateter*. Terapi pada prioritas dua tidak terbatas karena kondisi medik pasien selalu berubah.

3) Pasien Prioritas Tiga

Pasien prioritas tiga merupakan kelompok kritis tidak stabil yang diakibatkan oleh adanya riwayat penyakit sebelumnya, penyakit yang mendasari, atau penyakit akut, secara mandiri atau kombinasi. Manfaat dari pemberian terapi di ICU pada kelompok prioritas tiga sangat kecil. Pelayanan pada kelompok ini bertujuan untuk menangani kegawatan akut dan kemungkinan tidak melakukan tindakan intubasi atau resusitasi jantung paru.

4) Pengecualian

Pasien yang masuk dalam kelompok ini telah dipertimbangkan dan disetujui oleh kepala ICU serta memiliki indikasi dapat dikeluarkan dari ruang ICU sewaktu-waktu agar prioritas satu, dua, maupun tiga dapat menggunakan sarana dan prasana ICU yang terbatas. Pasien yang termasuk pengecualian, yaitu:

- a) Pasien yang hanya ingin mendapatkan perawatan yang aman dan tidak bersedia mendapatkan terapi tunjangan hidup agresif, namun memenuhi kriteria masuk ICU.
- b) Keadaan pasien yang vegetatif permanen
- c) Pasien yang akan melakukan donor organ, namun telah mati batang otak.

b. Kriteria Pasien Keluar ICU

Pasien yang dapat dipindahkan dari ICU sesuai dengan pertimbangan medis dari tim yang merawat dan kepala ICU.

2.1.1.5 Klasifikasi Pelayanan ICU

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI tahun 2012, pelayanan yang ada di rumah sakit diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu:

a. Pelayanan ICU Primer (standar minimal pada rumah sakit kelas C)

Pemberian resusitasi segera, tunjangan kardiorespirasi jangka pendek, dan memiliki tugas penting ketika melakukan observasi serta pencegahan penyakit medikal atau bedah yang memiliki risiko.

b. Pelayanan ICU Sekunder (pada rumah sakit kelas B)

Pemberian dukungan atau bantuan hidup lain yang tidak kompleks dan tunjangan ventilasi mekanis yang lama. Selain itu, memiliki standar ICU umum yang tinggi sehingga dapat mendukung peran rumah sakit lainnya.

c. Pelayanan ICU Tersier (pada rumah sakit kelas A)

Dapat menjadi rujukan tertinggi ICU dengan pelayanan tingkat tinggi, termasuk bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas, seperti pemberian tunjangan ventilasi mekanis, penentuan kardiovaskuler invasif, dan pelayanan bantuan renal ekstrakorporal.

Masing-masing rumah sakit menentukan tenaga atau staf yang terlibat dalam pelayanan di ICU sesuai dengan kompetensi dan klasifikasi rumah sakit yang dijelaskan pada tabel 2.1 (Keputusan Dirjen BUK dalam Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Tabel 2.1 Jenis Tenaga di *Intensive Care Unit* (ICU)

No.	Jenis Tenaga	Klasifikasi Pelayanan		
		ICU Primer	ICU Sekunder	ICU Tersier
1.	Kepala ICU	1. Dokter spesialis anastesi 2. Dokter spesialis lain yang telah mengikuti pelatihan ICU (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	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 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang memiliki sertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut.	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS
3.	Perawat	Perawat terlatih yang memiliki sertifikat 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.

2.1.2 *Intensive Coronary Care Unit* (ICCU)

2.1.2.1 Definisi

Intensive Coronary Care Unit (ICCU) adalah unit rumah sakit khusus untuk menangani pasien yang mengalami penyakit jantung iskemik dan penyakit jantung serius lainnya. Ciri utama dari ICCU adalah adanya fasilitas *monitoring* irama jantung berkelanjutan dengan elektrokardiografi (EKG). Hal tersebut memungkinkan intervensi awal dengan medikasi, kardioversi atau defibrilasi, yang akan meningkatkan prognosis pasien dengan penyakit kardiovaskuler yang parah (Kasaoka, 2017). Menurut RSUD Pasar Minggu (2015), ICCU merupakan suatu unit di rumah sakit yang memberi pelayanan khusus bagi pasien yang

membutuhkan perawatan intensif yang dapat disebabkan oleh adanya penyakit jantung dan pembuluh darah dengan peralatan khusus yang dioperasikan oleh tenaga kesehatan terlatih.

2.1.2.2 Ruang Lingkup dan Tujuan Pelayanan ICCU

Pelayanan pasien dengan penyakit jantung dan pembuluh darah serta kondisi kritis yang membutuhkan pengawasan, pengobatan, perawatan, dan penanganan khusus. Adapun tujuan pelayanan ICCU, yaitu (RSUD Pasar Minggu, 2015):

- a. Mencegah kematian yang disebabkan adanya gangguan jantung dan pembuluh darah.
- b. Mencegah adanya penyulit.
- c. Menerima rujukan dari level yang lebih rendah dan dapat melakukan rujukan ke level yang lebih tinggi.
- d. Mengoptimalkan fungsi jantung dan pembuluh darah.
- e. Mengurangi angka kematian pasien kritis yang disebabkan oleh gangguan jantung dan pembuluh darah serta mempercepat proses pemulihan pasien.

2.1.2.3 Karakteristik Pasien ICCU

Karakteristik pasien yang membutuhkan perawatan di ICCU menurut RSUD Pasar Minggu (2015), yaitu:

- a. Membutuhkan petugas ICCU untuk intervensi medis segera.
- b. Membutuhkan pemantauan yang konstan dan metode terapi titrasi untuk mengelola fungsi sistem organ tubuh, terutama sistem kardiovaskuler.

- c. Membutuhkan observasi secara berkelanjutan dan intervensi segera sebagai pencegahan adanya dekompensasi fisiologis.

2.1.2.4 Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICCU

Kriteria pasien ICCU menurut RSUD Pasar Minggu tahun 2015, yaitu:

a. Kriteria Pasien Masuk ICCU

Kriteria pasien masuk ICCU berdasarkan prioritas yang ditentukan dengan penilaian objektif sesuai berat atau tidaknya penyakit dan prognosis, yaitu:

1) Pasien Prioritas Satu

Pasien dengan penyakit organ vital akut yang membutuhkan terapi agresif dan intensif seperti gagal napas akut atau gangguan sirkulasi yang diakibatkan oleh gangguan kardiovaskuler. Terapi prioritas satu tidak terbatas.

2) Pasien Prioritas Dua

Pasien yang membutuhkan peralatan ICCU karena memiliki risiko gangguan pada sistem organ vital. Terapi prioritas dua tidak terbatas.

3) Pasien Prioritas Tiga

Pasien kritis yang tidak stabil dengan kemungkinan kecil untuk sembuh atau prognosis yang buruk, dimana penatalaksanaan di ICCU hanya untuk mengatasi masalah akutnya.

4) Pengecualian

Pasien yang masuk dalam kelompok ini telah dipertimbangkan dan disetujui oleh kepala ICCU serta memiliki indikasi dapat dikeluarkan dari ruang ICCU sewaktu-waktu agar prioritas satu, dua, maupun tiga dapat

menggunakan sarana dan prasana ICCU yang terbatas. Pasien yang termasuk pengecualian, yaitu:

- a) Pasien yang tidak bersedia untuk diberikan bantuan hidup termasuk perintah *Do Not Resuscitate* (DNR), namun memenuhi kriteria untuk dirawat di ICCU.
- b) Keadaan pasien yang vegetatif permanen.
- c) Pasien yang akan melakukan donor organ, namun telah mati batang otak.

b. Kriteria Pasien Keluar ICCU

Prioritas pasien yang akan dipindahkan dari ICCU sesuai dengan pertimbangan medis kepala ICCU dan tim yang merawat. Indikasi keluar dari ICCU, yaitu:

- 1) Keadaan pasien sudah cukup stabil atau telah membaik.
- 2) Tidak ada perubahan pada pasien setelah pemberian terapi dan perawatan intensif.
- 3) Pasien tidak membutuhkan ventilator.
- 4) Pasien mati batang otak.
- 5) Pasien gagal napas stadium akhir.
- 6) Pasien atau keluarga yang tidak bersedia untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut di ICCU (pulang paksa).

2.1.3 Karakteristik ICU dan ICCU

2.2 Karakteristik ICU dan ICCU

Karakteristik	Unit	
	ICU	ICCU
Kasus Pasien	Diseksi aorta/iliaka/aneurisma, infark miokard akut, pneumonia, syok septik, cedera otak primer, tumor usus besar, perforasi usus besar.	Sindrom koroner akut elevasi segmen non-ST, STEMI, eksaserbasi gagal jantung akut, penyakit arteri koroner, aritmia, gagal jantung, penyakit jantung valvular, kardiomiopati.
Kelompok Sasaran Pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang membutuhkan dukungan pernapasan lanjutan 2. Pasien yang membutuhkan dukungan dari dua sistem organ atau lebih 3. Pasien dengan gangguan kronis dari satu atau lebih sistem organ yang memerlukan dukungan untuk kegagalan reversibel akut sistem organ lain 	Pasien gangguan jantung dan pembuluh darah yang keadaannya belum stabil, sehingga membutuhkan pemantauan ketat secara intensif dan tindakan segera.
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilator 2. Mesin Hemodialisa 3. Monitor 4. <i>Line (arterial line, central line, dialysis line or vascath, PICC line)</i> 5. ETT 6. NGT 7. Kateter urin 8. EKG 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem Monitoring 2. Defibrilator 3. Alat Pacu Jantung 4. Troli Resusitasi 5. Sistem Ventilasi 6. Sistem Aspirasi 7. Pompa Infus IV 8. EKG 9. Alat pengukur gula darah
Sumber Daya Manusia	<p>Tim Medis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis sebagai konsultan (dokter yang dapat dihubungi setiap dibutuhkan) 2. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap dibutuhkan) 3. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS <p>Perawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat terlatih yang memiliki sertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjutan 2. Perawat terlatih dan memiliki sertifikat ICU 	<p>Tim Medis:</p> <p>Dokter spesialis kardiologi yang memiliki pengalaman mengelola penyakit jantung akut.</p> <p>Perawat:</p> <p>Perawat terlatih yang mampu menafsirkan aritmia, mendeteksi gejala kemerosotan pada pasien dan mampu mengambil keputusan dengan cepat dalam keadaan darurat (melakukan manuver pernapasan, RJP, dan defibrilasi).</p>

Sumber: RSUD Pasar Minggu (2015); Holland dan Moss (2017); Brighton and Sussex University Hospitals (2018); Dewi dkk. (2018)

2.2 Konsep Karakteristik Demografi

2.2.1 Definisi Karakteristik Demografi

Demografi adalah bidang ilmu yang mengkaji permasalahan kependudukan secara kuantitatif, seperti jumlah, struktur, komposisi, dan ukuran kependudukan (Armansyah, 2019). Perubahan-perubahan yang berkaitan dengan penduduk dapat dipelajari dalam ilmu demografi dan dapat diketahui melalui data statistik kependudukan, terutama adanya perubahan jumlah penduduk, persebaran penduduk, serta komposisi atau strukturnya. Fertilitas, mortalitas, dan migrasi dapat mengakibatkan perubahan pada jumlah, persebaran, dan struktur (Adioetomo dan Samosir, 2010).

2.2.2 Karakteristik Demografi

a. Jenis Kelamin

Menurut penelitian Kourti dkk. tahun 2015 jenis kelamin dapat mempengaruhi kecemasan, yaitu wanita lebih rentan mengalami kecemasan daripada laki-laki. Hal tersebut diperkuat oleh hasil penelitian Aboalizm dkk. tahun 2016 yang menjelaskan bahwa tingkat kecemasan dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin dan ditunjukkan dengan hasil korelasi yang signifikan.

b. Usia

Usia seseorang mempengaruhi tingkat kecemasan yang dialami. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Aboalizm dkk. (2016) dan McAdam dkk. tahun 2010 yang menyatakan bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kecemasan. Usia menurut Potter dan Perry (2010) dikategorikan berdasarkan tahap perkembangan, yaitu:

- 1) Bayi usia 0-1 tahun
- 2) Toddler usia 1-3 tahun
- 3) Prasekolah usia 3-6 tahun
- 4) Sekolah usia 6-12 tahun
- 5) Remaja usia 12-18 tahun
- 6) Dewasa muda usia 18-21 tahun
- 7) Dewasa muda tengah 21-40 tahun
- 8) Dewasa akhir usia 40-65 tahun
- 9) Lansia usia > 65 tahun

c. Status Pernikahan

Menurut Nieder dan Kampe (2018), penelitian-penelitian tentang hubungan status pernikahan dengan kecemasan masih belum jelas, namun hal tersebut dikarenakan adanya perbedaan budaya dan metodologi yang heterogen.

d. Tingkat Pendidikan

Pendidikan seseorang tidak hanya memberikan keterampilan bekerja, namun juga perubahan mental, persepsi, selera, tujuan, etika, pengetahuan dan cara hidup seseorang (Soewadi, 2006 dalam Gangka dkk., 2013). Orang yang berpendidikan tinggi lebih sedikit mengalami kecemasan daripada orang dengan pendidikan rendah (Gangka dkk., 2013).

e. Status Pekerjaan

Pekerjaan dapat menentukan status ekonomi dalam keluarga, sedangkan status ekonomi keluarga berpengaruh pada kecemasan yang dialami anggota keluarga. Apabila semakin tinggi status ekonomi, maka akan semakin rendah

kecemasan yang dialami dan semakin rendah status ekonomi, maka semakin tinggi kecemasan yang dialami (Ismail, 2015). Kecemasan akan lebih sering dialami oleh orang yang tidak bekerja karena harus memikirkan biaya pengobatan dari awal hingga akhir, sedangkan orang tersebut tidak memiliki penghasilan yang tetap (Gangka dkk., 2013).

2.3 Konsep Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan yang tidak nyaman atau rasa khawatir dan disertai adanya respon otonom. Hal tersebut merupakan bentuk kewaspadaan yang menunjukkan akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk bertindak menghadapi ancaman (Herdman dan Kamitsuru, 2018). Kecemasan merupakan suatu perasaan yang tidak terekspresikan dan tidak terarah karena adanya sumber ancaman atau pikiran yang tidak jelas serta sulit untuk diidentifikasi (Stuart dan Sundeen, 1998). Asmadi (2012) menjelaskan bahwa kecemasan adalah gejala emosi yang berhubungan dengan sesuatu yang berasal dari luar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan untuk menyelesaikan masalah. Beberapa teori mengidentifikasi asal kecemasan, yaitu:

a. Teori Psikoanalisis

Berdasarkan pandangan psikoanalisis, kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi diantara id dan superego. Id menggambarkan sebuah dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan superego merupakan hati nurani serta dapat diatur oleh norma budaya. Ego bertugas

sebagai penengah tuntutan yang berasal dari dua elemen tersebut, sedangkan kecemasan bertugas untuk mengingatkan ego bahwa sedang terdapat bahaya.

b. Teori interpersonal

Berdasarkan pandangan interpersonal, kecemasan berasal dari perasaan takut terhadap penolakan ketika berinteraksi dengan orang lain. Adanya trauma pada masa pertumbuhan juga dapat dikaitkan pada hal tersebut, seperti kehilangan dan perpisahan.

c. Teori Perilaku

Berdasarkan pandangan perilaku, kecemasan diakibatkan oleh adanya frustrasi. Frustrasi atau keputusasaan ditimbulkan oleh adanya kegagalan ketika ingin mencapai tujuan yang telah ditentukan.

2.3.2 Tingkat Kecemasan

Kemampuan respon individu terhadap suatu ancaman berbeda antara satu dengan yang lainnya. Kemampuan tersebut berimplikasi terhadap tingkat kecemasan yang berbeda juga. Respon individu terhadap kecemasan terdiri dari (Asmadi, 2012):

- a. Ansietas ringan dapat menyebabkan kewaspadaan dan persepsi yang meningkat. Namun, kecemasan ini juga dapat menjadi motivasi belajar dan meningkatkan pertumbuhan serta kreatifitas.
- b. Ansietas sedang dapat membuat seseorang lebih berkonsentrasi pada hal-hal yang penting dan dapat mengesampingkan hal lainnya, sehingga perhatiannya menjadi selektif. Namun, kecemasan ini dapat membuat seseorang melakukan aktivitas secara terarah.

- c. Ansietas berat dapat menurunkan persepsi, sehingga cenderung berpusat pada sesuatu secara detail, spesifik, dan tidak memikirkan hal lainnya, serta perilaku yang menunjukkan untuk mengurangi ketegangan yang dirasakan.
- d. Panik dapat menimbulkan rasa terkejut, ketakutan, dan eror. Seseorang yang sedang panik dapat kehilangan kendali dan sulit dalam melakukan aktivitas walaupun telah diberi arahan. Selain itu, panik juga dapat meningkatkan aktivitas motorik, kemampuan interaksi dengan orang lain menjadi menurun, terjadinya penyimpangan persepsi, dan tidak dapat berpikir rasional.

2.3.3 Karakteristik Kecemasan

Masing-masing tingkat kecemasan memiliki karakteristik yang berbeda. Karakteristik yang tampak sesuai dengan kematangan pribadi, pemahaman ketika menghadapi ketegangan, harga diri, mekanisme koping yang digunakan (Stuart dan Laraia, 2005). Karakteristik kecemasan atau ansietas berdasarkan tingkatannya, yaitu (Asmadi, 2012):

a. Ansietas Ringan

- 1) Respon fisiologis: terdapat napas pendek, tekanan darah dan nadi yang sedikit meningkat, adanya gejala yang ringan pada lambung, terdapat kerutan pada wajah, serta bibir yang bergetar.
- 2) Respon kognitif: mampu menerima impuls yang kompleks, dapat berkonsentrasi pada masalah, dapat mengatasi masalah secara efektif, dan terdorong untuk bertindak.
- 3) Respon perilaku dan emosi: kesulitan untuk dapat duduk dengan tenang, terdapat tremor halus, dan suara yang meninggi.

b. Ansietas Sedang

- 1) Respon fisiologis: sering napas pendek, nadi ekstrasistol dan tekanan darah yang meningkat, mulut kering, mengalami gejala pada perut seperti anoreksia, diare atau konstipasi. Selain itu, juga adanya nyeri kepala, merasa letih, dan sering berkemih.
- 2) Respon kognitif: berkonsentrasi pada sesuatu yang penting dan mengabaikan hal lainnya, persepsi yang menyempit, dan sulit menerima stimulus yang berasal dari luar.
- 3) Respon perilaku dan emosi: terdapat gerakan yang tersentak-sentak, tampak tegang, berbicara lebih banyak dan cepat, sulit tidur, serta terdapat perasaan yang kurang nyaman.

c. Ansietas Berat

- 1) Respon fisiologis: terdapat napas pendek, tekanan darah dan nadi yang meningkat, nyeri kepala dan berkeringat, penglihatan terganggu seperti berkabut, serta terlihat tegang.
- 2) Respon kognitif: sulit berpikir berat dan membutuhkan pengarahan, serta adanya penyempitan persepsi.
- 3) Respon perilaku dan emosi: perasaan terancam yang meningkat dan adanya gangguan komunikasi (verbalisasi cepat).

d. Panik

- 1) Respon fisiologis: terdapat napas pendek, nyeri pada dada, adanya rasa tercekik dan palpitasi, wajah tampak pucat, serta rendahnya koordinasi motorik.

- 2) Respon kognitif: terdapat gangguan realitas, ketidakmampuan memahami keadaan, distorsi persepsi terhadap lingkungan, dan tidak dapat berpikir logis.
- 3) Respon perilaku dan emosi: merasa terancam, ketakutan, marah, mengamuk, agitasi, berteriak-teriak, kehilangan kendali, dan dapat melakukan sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan/ orang di sekitarnya.

2.3.4 Faktor Pencetus Kecemasan

Faktor pencetus kecemasan menurut Asmadi (2012) dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu:

- a. Ancaman terhadap integritas diri, meliputi ketidakmampuan fisiologis atau adanya gangguan ketika melakukan aktivitas sehari-hari guna memenuhi kebutuhan dasar.
- b. Ancaman terhadap sistem diri, yaitu adanya sesuatu yang mengancam identitas diri, harga diri, kehilangan status atau peran diri, dan hubungan interpersonal.

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan secara umum menurut Ramaiah (2003), yaitu:

- a. Lingkungan

Lingkungan dapat memberikan pengaruh terhadap cara berpikir seseorang terhadap dirinya dan orang di sekitarnya. Hal tersebut diakibatkan oleh adanya pengalaman bersama keluarga, rekan kerja, sahabat, dan lain-lain.

b. Emosi yang Ditekan

Kecemasan akan muncul ketika seseorang tidak dapat menyelesaikan masalahnya dengan baik, terutama jika menahan amarah dalam waktu yang lama.

c. Akibat Fisik

Pikiran dan tubuh selalu berkoordinasi satu dengan yang lain dan dapat menimbulkan kecemasan. Hal tersebut biasanya dapat terlihat ketika dalam kondisi hamil, masa remaja, dan saat pulih dari suatu penyakit. Selama dalam kondisi tersebut, perubahan perasaan bisa muncul dan dapat berpotensi menimbulkan kecemasan.

d. Keturunan

Adanya gangguan emosi pada beberapa keluarga tertentu bukan merupakan penyebab yang penting dari kecemasan.

Elias dkk.(2013) menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan pada keluarga pasien kritis, yaitu:

a. Internal

1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat mempengaruhi kecemasan pada seseorang karena jenis kelamin merupakan sifat pribadi yang diartikan bahwa semua tingkah laku dan sifat sejak lahir ataupun yang diperoleh memberikan karakteristik pada seseorang. Kecemasan lebih sering dialami oleh perempuan karena laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif

terhadap permasalahan. Perempuan lebih mudah untuk dipengaruhi oleh tekanan yang berasal lingkungan daripada laki-laki.

2) Usia

Kaplan dan Sadock (1997) mengungkapkan bahwa kecemasan dapat terjadi pada semua usia, namun lebih sering pada usia dewasa yaitu usia 21-45 tahun. Semakin bertambahnya usia, maka kematangan psikologi semakin baik (Feist dan Feist, 2009). Morton dkk. (2012) menjelaskan bahwa semakin bertambahnya usia menunjukkan semakin banyaknya pengalaman, sehingga mampu menjalani kehidupan dengan baik. Pada seseorang dengan usia tua, kecemasan yang muncul dapat lebih ringan daripada kecemasan yang dialami oleh usia muda ketika merawat anggota keluarga yang sedang sakit, karena orang yang berusia lebih tua telah memiliki pengalaman yang serupa (Kaplan dan Sadock, 1997).

3) Tingkat Pendidikan

Salah satu faktor penting untuk mampu mencerna informasi terkait perubahan kondisi pada anggota keluarga yang sakit adalah pendidikan (Videbeck, 2008 dalam Elias dkk., 2013). Morton dkk. (2012) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan dapat menjadikan seseorang semakin selektif selama respon kecemasan berlangsung.

4) Pengalaman Menunggu

Keluarga yang memiliki pengalaman menghadapi stres atau kecemasan dan mempunyai cara untuk mengatasinya, maka cenderung menganggap stres yang berat sebagai masalah yang dapat diselesaikan.

b. Eksternal

1) Kondisi Medis

Pengetahuan tentang kondisi medis pasien yang sedang dirawat sangat mempengaruhi kecemasan keluarga. Pengenalan tentang kondisi penyakit yang diderita oleh pasien sangat perlu karena berhubungan dengan *outcome* dari pengobatan yang akan dilakukan.

2) Akses Informasi

Informasi dapat membuka pemikiran seseorang dari ketidaktahuan tentang apa, bagaimana, dan tentang tindakan apa yang seharusnya dilakukan. Pemberian informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien, tetapi juga dalam mengatasi kecemasan keluarga. Akses informasi tersebut dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat mengatasi kecemasan ke arah yang adaptif, sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan.

3) Komunikasi Terapeutik

Selama proses pemberian asuhan keperawatan, komunikasi merupakan hal yang sangat penting. Komunikasi sangat dibutuhkan oleh perawat, pasien, dan keluarga pasien. Kecemasan yang timbul pada pasien dan keluarga di ruang intensif dapat disebabkan oleh adanya ketakutan akan kematian, kegagalan medikasi, dan adanya komplikasi, sehingga dengan adanya komunikasi terapeutik kepada keluarga dapat menurunkan tingkat kecemasan pada keluarga.

4) Fasilitas Kesehatan

Lingkungan fisik, alat yang canggih, dan rumit akan mempengaruhi kecemasan karena alat-alat tersebut asing bagi keluarga, sehingga beranggapan bahwa anggota keluarga mengalami sakit yang serius bahkan mungkin tidak dapat tertolong.

5) Lingkungan Fisik

Peran keluarga yang sangat terbatas karena kondisi ruang intensif yang tertutup, pasien membutuhkan perawatan yang lebih ekstra, dan waktu berkunjung yang terbatas mengakibatkan akses komunikasi pasien dan keluarga menjadi terbatas. Selain itu, kondisi pasien yang kritis membuat keluarga semakin cemas. Lingkungan yang tidak nyaman dan asing juga akan mempengaruhi kecemasan pada keluarga.

2.3.6 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Pengukuran tingkat kecemasan bertujuan untuk mengetahui derajat kecemasan yang dialami oleh seseorang dengan menggunakan kuesioner, yaitu:

a. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

HARS dibuat oleh Max Hamilton yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan. Skala pada kuesioner ini terdiri dari 13 kategori gejala kecemasan dan satu kategori perilaku. Hasil uji reliabilitasnya yaitu 0,83 dan uji validitasnya 0,77 (McDowell, 2006).

b. *Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

ZSAS ditulis oleh William W. K. Zung yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan. Skala pada kuesioner terdiri dari 20 item yang masing-

masing item menghasilkan skor antara 20-80. Kuesioner ZSAS terdiri dari respon fisiologis, respon afektif, respon kognitif, serta respon perilaku. Penilaian pada kuesioner ZSAS menggunakan pilihan sangat jarang, kadang-kadang, sering, dan selalu. Kategori yang telah ditentukan oleh Zung, (1971), yaitu tidak cemas dengan nilai > 45 , kecemasan ringan dengan nilai 45-59, kecemasan sedang dengan nilai 61-74, dan kecemasan berat dengan nilai > 75 .

c. *The Manifest Anxiety Scale (T-MAS)*

T-MAS digunakan untuk menilai gejala fisiologis dan psikologis kecemasan yang diciptakan oleh Janet Taylor tahun 1953. Pilihan jawaban pada kuesioner ini menggunakan pilihan ya atau tidak. Kategori pada kuesioner ini yaitu cemas dan tidak cemas (McDowell, 2006).

d. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Zigmond dan Snaith pada tahun 1983 mengembangkan kuesioner HADS yang memiliki tujuan untuk menciptakan alat bantu yang valid, dapat diterima, dapat dipercaya, dan mudah untuk digunakan oleh para klinisi dalam mengidentifikasi kecemasan dan depresi. Kuesioner HADS terbagi menjadi dua subskala, yaitu subskala kecemasan yang terdiri dari tujuh pernyataan dan subskala depresi yang terdiri dari tujuh pernyataan, sehingga jumlah pernyataan pada kuesioner ini yaitu 14 pernyataan. HADS terdiri dari empat skala nilai dan nilai yang lebih tinggi memberikan indikasi bahwa terdapat permasalahan. Kemudian, jawaban akan dijumlahkan secara terpisah, yaitu nilai untuk subskala kecemasan dan nilai untuk subskala depresi dengan nilai minimum yaitu 0 serta maksimum 21 (Zigmond dan Snaith, 1994 dalam Rudy

dkk., 2015). Nilai *cutoff* HADS untuk menentukan kecemasan yang digunakan adalah ≥ 8 (Bjelland dkk., 2002; Singer dkk., 2009). Kuesioner HADS terbukti berfungsi dengan baik untuk mengkaji adanya kecemasan baik yang bersifat somatik maupun psikiatrik (Bjelland, 2002 dalam Snaith, 2003). Item subskala kecemasan melihat derajat kecemasan individu terhadap hal buruk yang mungkin akan terjadi. Selain itu, terdapat item yang melihat apakah kecemasan berpengaruh terhadap kondisi fisik individu (Caninsti, 2013). Kuesioner HADS telah digunakan oleh Fumis dkk., (2015); Kourti dkk., (2015); dan McAdam dkk., (2012). Beberapa literatur menunjukkan nilai *Alpha Cronbach* HADS, yaitu 0,753 (HADS-A) dan 0,764 (HADS-D) dalam bahasa Cina, 0,829 (HADS-A) dan 0,840 (HADS-D) dalam bahasa Yunani, 0,7382 (HADS-A) dalam bahasa Indonesia (Yang dkk., 2014; Michopoulos dkk., 2008; Caninsti, 2013). Hasil uji validitas HADS-A memiliki nilai *correlated item total correlation* $\geq 0,3$ yang berarti valid untuk mengukur kecemasan (Caninsti, 2013).

Berdasarkan beberapa alat pengukuran tingkat kecemasan yang telah disebutkan, dapat disimpulkan bahwa kuesioner HADS-A lebih sesuai jika digunakan dalam penelitian ini karena telah dikhususkan untuk mengidentifikasi kecemasan seseorang yang berada di rumah sakit.

2.4 Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan

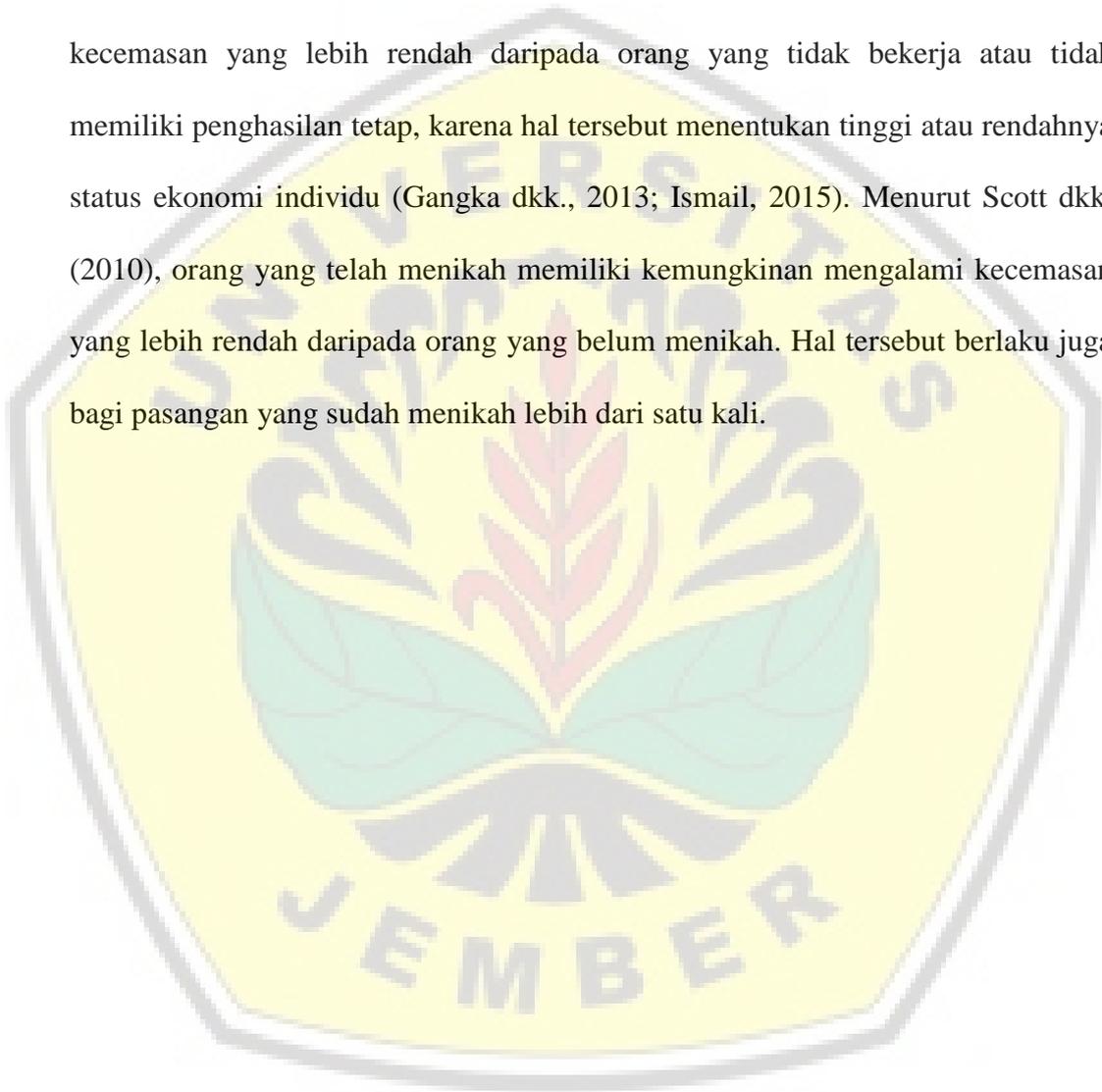
Keluarga memiliki peran, struktur, dan budaya yang spesifik (Sessler, 2005). Keluarga dari pasien dengan kondisi kritis, mengancam nyawa, dan diharuskan mendapatkan perawatan intensif memiliki tingkat stres emosional

yang tinggi (Siddiqui dkk., 2011). Ketika pasien mengalami risiko kematian, keluarga pasien mengalami tekanan dari pengambilan keputusan dan pilihan pengobatan yang akan menyebabkan gejala kesehatan mental serta fisik, seperti stres, kecemasan, dan depresi (Pochard dkk., 2005). Berdasarkan hasil penelitian longitudinal di Perancis, kecemasan merupakan efek psikologis dari penyakit pasien yang dialami oleh keluarga (Zarei dkk., 2015). Rasa takut akan kematian, hasil yang tidak jelas, distres emosional, masalah finansial, peran yang berubah, ketidakfamiliaran dengan prosedur rumah sakit, kekacauan emosional, dan perpisahan dari anggota keluarga, merupakan beberapa sumber kecemasan bagi keluarga (Pochard dkk, 2005; Susan dkk, 2010; Siddiqui dkk, 2011; Jennifer dkk, 2009; Yan Heung; 2010; Jane, 2002; dalam Zarei dkk., 2015).

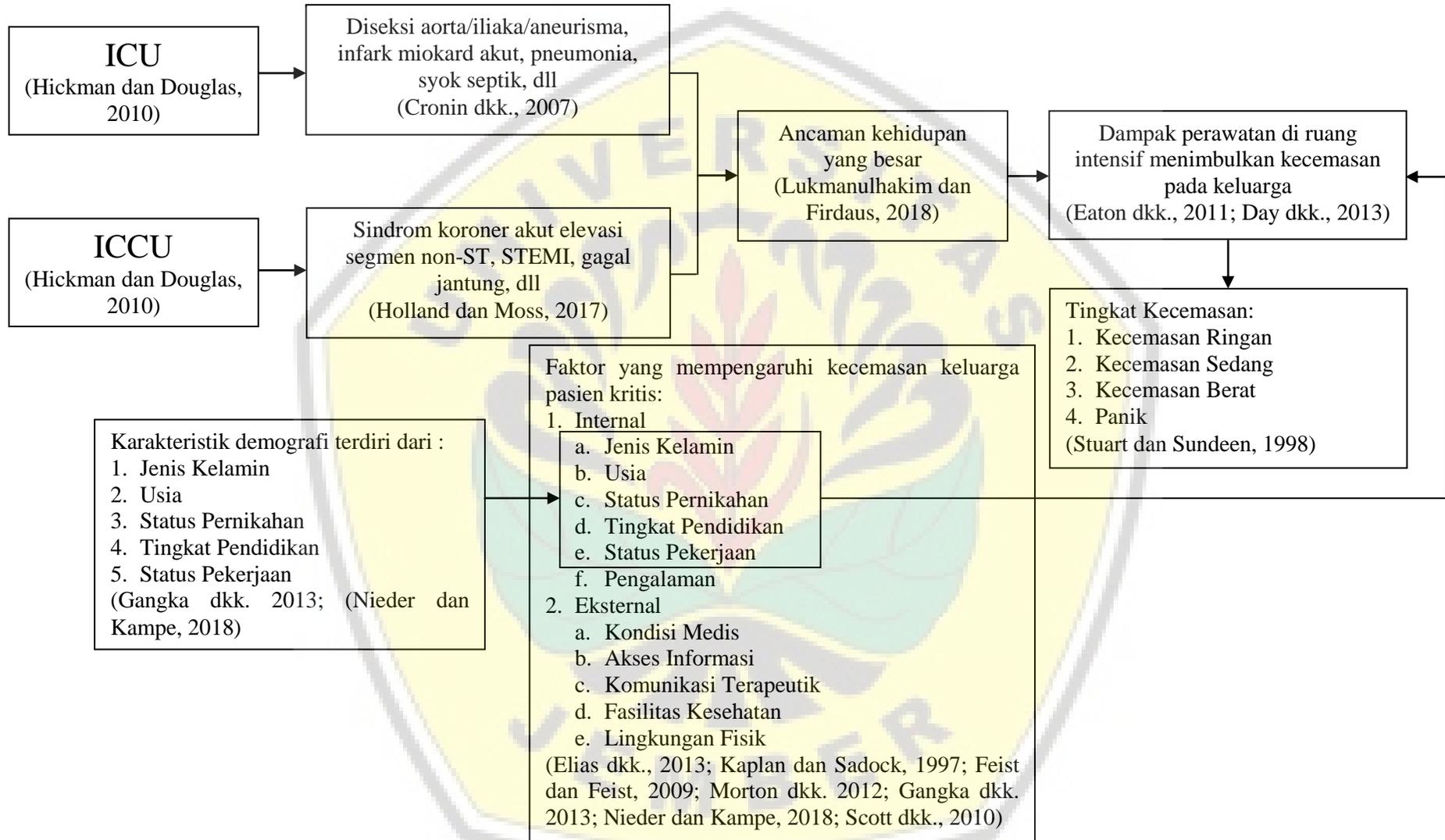
Penelitian Gangka dkk. (2013) mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Menurut Feist dan Feist (2009), semakin bertambah usia seseorang, kematangan psikologinya akan semakin baik. Selain itu, semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan semakin banyak pengalaman yang didapat sehingga cara menghadapi kehidupan juga semakin baik (Morton dkk., 2012). Kecemasan lebih sering dialami oleh perempuan karena laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif terhadap masalah yang dihadapinya (Elias dkk., 2013). Morton dkk. (2012) mengungkapkan bahwa tingkat pendidikan akan membuat individu semakin selektif selama respon kecemasan berlangsung. Pada penelitian Gangka dkk. (2013), disimpulkan bahwa pekerjaan dan pendapatan berpengaruh pada kecemasan seseorang, dimana orang

yang tidak bekerja atau berpenghasilan rendah memiliki kecemasan yang lebih tinggi daripada orang yang bekerja atau berpenghasilan tinggi.

Status pekerjaan berkaitan dengan status ekonomi individu. Seseorang yang memiliki pekerjaan atau penghasilan yang tinggi memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah daripada orang yang tidak bekerja atau tidak memiliki penghasilan tetap, karena hal tersebut menentukan tinggi atau rendahnya status ekonomi individu (Gangka dkk., 2013; Ismail, 2015). Menurut Scott dkk. (2010), orang yang telah menikah memiliki kemungkinan mengalami kecemasan yang lebih rendah daripada orang yang belum menikah. Hal tersebut berlaku juga bagi pasangan yang sudah menikah lebih dari satu kali.



2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



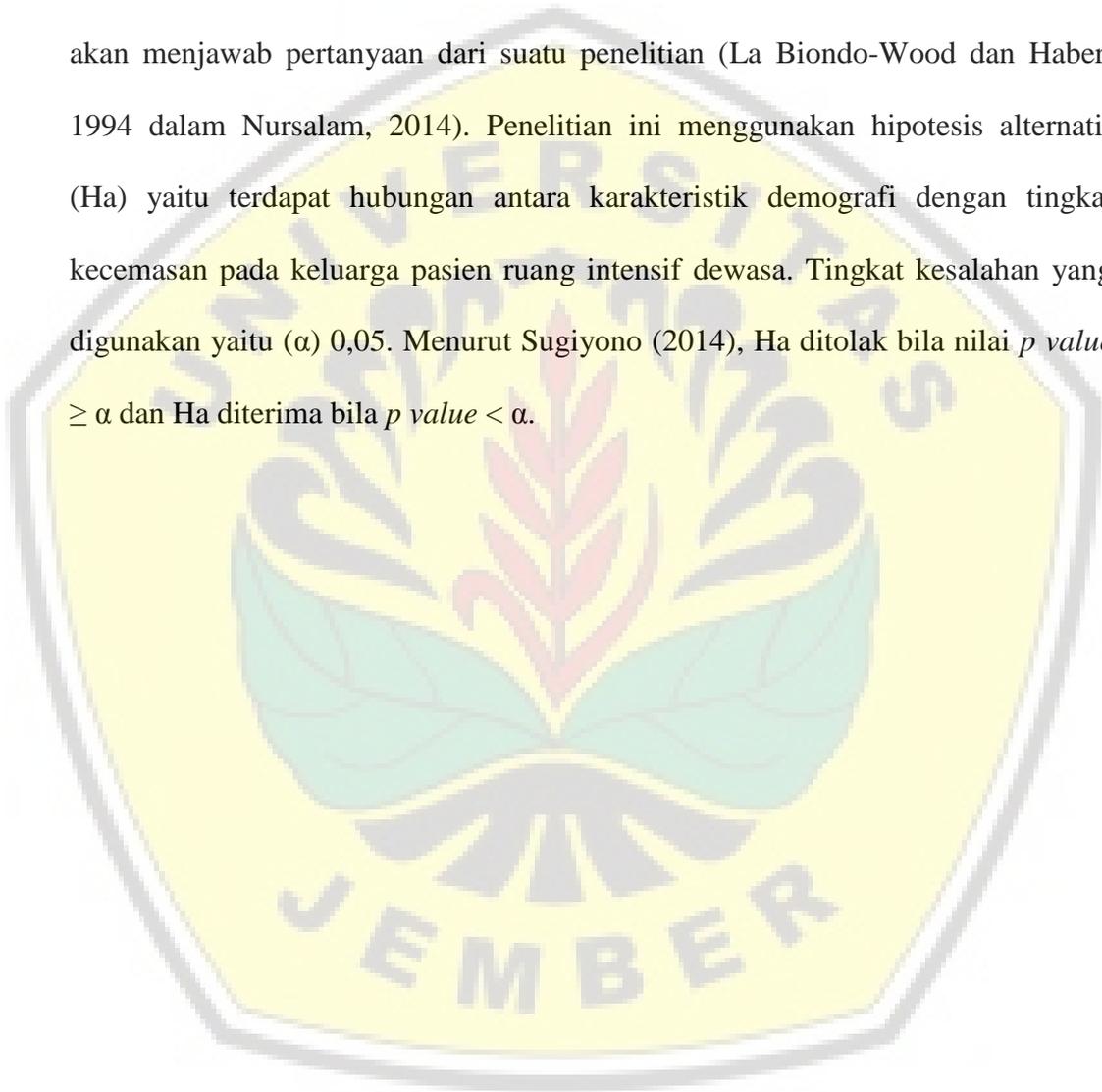
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan

Keterangan:

- = Diteliti
- = Tidak Diteliti
- = Diteliti
- = Tidak Diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

Nursalam (2014) mengungkapkan bahwa jawaban sementara dari sebuah rumusan masalah atau pertanyaan penelitian disebut dengan hipotesis. Hipotesis adalah sebuah asumsi tentang hubungan dua variabel atau lebih yang diharapkan akan menjawab pertanyaan dari suatu penelitian (La Biondo-Wood dan Haber, 1994 dalam Nursalam, 2014). Penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a) yaitu terdapat hubungan antara karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien ruang intensif dewasa. Tingkat kesalahan yang digunakan yaitu (α) 0,05. Menurut Sugiyono (2014), H_a ditolak bila nilai *p value* $\geq \alpha$ dan H_a diterima bila *p value* $< \alpha$.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, yaitu penelitian secara objektif yang meliputi pengumpulan data kuantitatif dan menggunakan metode pengujian statistik (Notoatmodjo, 2010). Metode yang digunakan yaitu metode korelasional yang bertujuan untuk menganalisa hubungan antar variabel dan menggunakan pendekatan *cross-sectional* yang mengobservasi data variabel dependen dan independen hanya satu kali dalam satu waktu (Nursalam, 2014). Peneliti melakukan observasi dan pengukuran dalam satu waktu tentang karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso untuk mengetahui terdapat hubungan atau tidak pada kedua variabel tersebut.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Menurut Nursalam (2014) populasi adalah subjek yang telah memenuhi syarat dari peneliti dan selanjutnya akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif dewasa, meliputi *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)* RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari seluruh objek yang mewakili populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel terdiri dari sebagian populasi yang

digunakan sebagai subjek penelitian yang dipilih melalui *sampling*. Cara untuk mendapatkan sampel penelitian disebut dengan teknik *sampling* (Nursalam, 2014). Penelitian ini menggunakan *convenience sampling*. *Convenience sampling* adalah penetapan sampel yang sesuai dengan kriteria peneliti ketika bertemu di tempat dan waktu yang sama saat pengumpulan data (Nursalam, 2014). *Convenience sampling* dipilih karena peneliti lebih mudah memperoleh populasi dan bebas memilih populasi dengan banyak data tersebut (Kriyantono, 2012).

Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan aplikasi G*Power 3, yaitu program analisis *power* pada penelitian sosial dan perilaku terkait uji statistik yang digunakan (Erfelder, Faul, dan Buchnert, 1996 dalam Faul dkk., 2007). Berikut ini adalah cara menginput data yang diperlukan ke dalam aplikasi G*Power 3, yaitu:

- a. *Test family*, pilih X^2 tests
- b. *Statistical test*, pilih *Goodness-of-fit tests: Contingency tables*
- c. *Type of power analysis*, pilih *A priori: Compute required sample size – given α , power, and effect size*
- d. *Input parameters*, yang terdiri dari:

1. *Effect size w*, diisi 0,3

Cohen telah menentukan *effect size* terstandarisasi, yaitu 0,10 (*small*), 0,30 (*medium*), 0,50 (*large*) (Prajapati dkk., 2010)

2. *α error probability*, diisi sesuai dengan tingkat kesalahan yang digunakan yaitu 0,05 (5%)

3. *Power* ($1-\beta$ error probability) secara umum menggunakan 0,80 (Prajapati dkk., 2010)

4. *Degree of Freedom*, diisi dengan rumus sebagai berikut:

$$(\text{jumlah baris}-1) \times (\text{jumlah kolom}-1) = (2-1) \times (5-1) = 4$$

e. Klik *Calculate*

f. *Output* dapat dilihat pada *total sample size*

Jadi, sampel pada penelitian ini berjumlah 133 orang.

4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian

Tujuan adanya kriteria penelitian adalah untuk meminimalisir bias, terutama jika variabel kontrol yang mungkin berpengaruh terhadap variabel yang diteliti (Nursalam, 2014). Kriteria penelitian terdiri dari dua jenis, yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Notoatmodjo, 2010). Kriteria sampel yang digunakan pada penelitian ini, yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria yang harus ada pada setiap anggota populasi yang akan diambil menjadi sampel disebut kriteria inklusi (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini yaitu keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Keluarga pasien yang sedang menjaga pasien di rumah sakit ketika pengambilan data
- 2) Keluarga pasien dengan usia minimal 18 tahun
- 3) Keluarga pasien yang mampu berbicara dalam bahasa Indonesia atau bahasa Jawa atau bahasa Madura

- 4) Keluarga pasien yang telah menjaga pasien selama ≥ 18 jam

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria yang tidak boleh dimiliki oleh anggota populasi yang akan menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yaitu:

- 1) Keluarga pasien dengan keterbatasan fisik seperti tidak bisa melihat dan tidak bisa mendengar
- 2) Keluarga pasien dengan gangguan mental berat dan dapat diketahui melalui skor *Mini Mental State Examination* (MMSE)
- 3) Keluarga pasien yang memenuhi kriteria inklusi, namun menolak menjadi responden

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang intensif dewasa, yaitu *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Coronary Care Unit* (ICCU) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

b. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak pembuatan proposal penelitian, yaitu bulan Juli 2019 hingga publikasi jurnal hasil penelitian.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu batasan variabel-variabel yang akan diteliti untuk mengarahkan pada pengukuran dan observasi variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini

menggunakan variabel dependen yaitu tingkat kecemasan dan variabel independen yaitu karakteristik demografi.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Dependen: Tingkat Kecemasan	Perasaan tidak nyaman merupakan respon akibat kondisi yang sedang dialami.	1. Emosi 2. Kognisi	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anxiety)</i>	Ordinal	Nilai minimal: 0 Nilai maksimal: 21 Kategori: ≥ 8: Cemas < 8: Tidak Cemas
Variabel Independen: Jenis Kelamin	Perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis sejak dilahirkan.	-	Kuesioner Karakteristik Demografi	Nominal	1. Laki-laki 2. Perempuan
Variabel Independen: Usia	Durasi kehidupan seseorang sejak dilahirkan hingga saat ini.	-	Kuesioner Karakteristik Demografi	Ordinal	1. Remaja 18-21 tahun 2. Dewasa muda 22-40 tahun 3. Dewasa tengah 41-65 tahun 4. Dewasa akhir > 65 tahun
Variabel Independen: Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan yang telah ditempuh individu.	-	Kuesioner Karakteristik Demografi	Ordinal	1. Perguruan Tinggi 2. SMA/Sederajat 3. SMP/Sederajat 4. SD/Sederajat 5. Tidak sekolah
Variabel Independen: Status Pernikahan	Ikatan antar individu yang diakui secara hukum.	-	Kuesioner Karakteristik Demografi	Nominal	1. Menikah 2. Belum Menikah
Variabel Independen: Status Pekerjaan	Aktivitas individu untuk memenuhi kebutuhan hidup.	-	Kuesioner Karakteristik Demografi	Nominal	1. Bekerja 2. Tidak bekerja

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1 Sumber Data

Sumber data penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sumber data sekunder, yaitu:

a. Data Primer

Sumber data primer diperoleh berdasarkan hasil pengisian kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-*Anxiety*) pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

b. Data Sekunder

Sumber data sekunder diperoleh berdasarkan jumlah pasien yang menjalani perawatan intensif di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Coronary Care Unit* (ICCU) RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-*Anxiety*). Peneliti menjelaskan kepada responden untuk mengisi kuesioner sesuai dengan kondisi saat ini dan memberikan petunjuk jika responden mengalami kesulitan selama proses pengisian kuesioner. Langkah-langkah penelitian yang digunakan oleh peneliti, yaitu:

- a. Peneliti menentukan responden sesuai kriteria inklusi;
- b. Responden yang termasuk dalam kriteria penelitian diberikan penjelasan mengenai mekanisme penelitian;
- c. Responden mengisi *informed consent* sebagai tanda kesediaan menjadi responden penelitian dengan jaminan kerahasiaan;

- d. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden terkait cara pengisian kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner HADS-A;
- e. Responden diberikan lembar kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner HADS-A untuk diisi dengan alokasi waktu 15-20 menit. Jika responden kesulitan dalam membaca, maka peneliti membacakan isi kuesioner kepada responden;
- f. Peneliti meminta responden mengumpulkan kuesioner yang telah selesai diisi dan diteliti kembali kelengkapannya;
- g. Pengumpulan data pada masing-masing responden hanya dilakukan satu kali.

4.5.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari kuesioner karakteristik demografi dan kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anxiety)*.

- a. Kuesioner Karakteristik Demografi

Kuesioner karakteristik demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan.

- b. Kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-Anxiety)*

Zigmond dan Snaith pada tahun 1983 mengembangkan kuesioner HADS yang memiliki tujuan untuk menciptakan alat bantu yang valid, dapat diterima, dapat dipercaya, dan mudah untuk digunakan oleh para klinisi dalam mengidentifikasi kecemasan dan depresi. Kuesioner HADS terbagi menjadi dua subskala, yaitu subskala kecemasan yang terdiri dari tujuh pernyataan dan subskala depresi yang terdiri dari tujuh pernyataan, sehingga jumlah

pernyataan pada kuesioner ini yaitu 14 pernyataan. Pada penelitian kali ini, peneliti menggunakan kuesioner subskala HADS Anxiety untuk mengukur kecemasan pada keluarga pasien ruang intensif dewasa. Skala HADS-A terdiri dari dua indikator, yaitu emosi dan kognisi (Caninsti, 2013). Pernyataan *favourable* pada kuesioner HADS-A diberi nilai 0 (sangat sering) sampai nilai 3 (tidak sama sekali). Pernyataan *unfavourable* diberi nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai total yang lebih tinggi mengindikasikan adanya kecemasan. Jawaban dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk kecemasan dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum yaitu 0 dan jumlah maksimum yaitu 21 untuk masing-masing skala (Zigmond dan Snaith, 1994 dalam Rudy dkk., 2015). Interpretasi nilai total HADS dikategorikan menjadi dua tingkatan menggunakan *cutoff point*, yaitu ≥ 8 (cemas) dan < 8 (tidak cemas) (Singer dkk., 2009). *Cutoff point* tersebut telah diterapkan di beberapa penelitian antara lain Kaur dkk., tahun 2014, Yahya dan Othman, tahun 2015, dan Weay dkk., tahun 2016.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-Anxiety)

Indikator	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	Jumlah Pernyataan
Emosi	4	1, 2, 5	4
Kognisi	-	3, 6, 7	3
Total	1	6	7

4.5.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui layak atau tidaknya butir-butir dalam suatu daftar pernyataan untuk mendefinisikan suatu variabel. Validitas didefinisikan sebagai gambaran ketepatan dan kecermatan sebuah alat ukur (Nisfiannoor, 2013). Uji validitas dan reliabilitas HADS telah dilaporkan dalam

beberapa penelitian (Herrmann, 1997; Bjelland dkk., 2002; Moorey dkk., 1991). Sejak pertama kali dikembangkan, kuesioner HADS telah diterjemahkan dan diterapkan oleh lebih dari 25 negara pada populasi umum, pasien rumah sakit umum, perawatan kanker, penderita HIV (Herrmann, 1997; Michopoulos dkk., 2008).

Hasil uji validitas item subskala kecemasan pada 30 responden menunjukkan bahwa semua item memiliki nilai *correlated item total correlation* $\geq 0,3$ yang berarti valid untuk mengukur kecemasan dan hasil uji reliabilitas didapatkan koefisien *Alpha Cronbach* sebesar 0,7382 (Caninsti, 2013). HADS juga telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia oleh Rudy dkk. (2015) dan didapatkan hasil uji reliabilitas pada 20 responden yaitu koefisien Kappa 0,706 pada subskala kecemasan dan pada subskala depresi 0,681, sehingga skala HADS ini dapat digunakan sebagai instrumen pemeriksaan yang reliabel.

4.6 Pengolahan Data

4.6.1 Editing

Editing adalah kegiatan pemeriksaan dan perbaikan isi dari kuesioner. Pemeriksaan dilakukan untuk memastikan bahwa jawaban dari pernyataan telah diisi dengan lengkap, jelas, sesuai, dan konsisten (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan pengecekan kembali lembar kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden. Jika terdapat pernyataan yang tidak diisi, maka peneliti meminta responden untuk melengkapinya.

4.6.2 Coding

Coding merupakan proses mengubah data dalam bentuk kalimat atau huruf menjadi angka untuk digunakan ketika meng-*input* data (Notoatmodjo, 2010). Setelah data dikoreksi dan lengkap, selanjutnya peneliti memberikan kode dalam bentuk angka sesuai definisi operasional. Pemberian kode pada penelitian ini, yaitu:

a. Jenis Kelamin

- 1) Laki-laki = 1
- 2) Perempuan = 2

b. Usia (tahun)

- 1) > 65 = 1
- 2) 41 – 65 = 2
- 3) 22 – 40 = 3
- 4) 18 – 21 = 4

c. Tingkat Pendidikan

- 1) Perguruan Tinggi = 1
- 2) SMA/Sederajat = 2
- 3) SMP/Sederajat = 3
- 4) SD/Sederajat = 4
- 5) Tidak Sekolah = 5

d. Status Pernikahan

- 1) Menikah = 1
- 2) Belum Menikah = 3

e. Status Pekerjaan

- 1) Bekerja = 1
- 2) Tidak Bekerja = 2

f. Tingkat Kecemasan

- 1) Tidak Cemas = 1
- 2) Cemas = 2

Pemberian kode pada variabel karakteristik demografi usia dan tingkat pendidikan setelah dilakukan penggabungan sel pada penelitian ini, yaitu:

a. Usia (tahun)

- 1) > 40 = 1
- 2) ≤ 40 = 2

b. Tingkat Pendidikan

- 1) Pendidikan Tinggi = 1
- 2) Pendidikan Rendah = 2

4.6.3 *Processing/Entry*

Processing/Entry adalah proses meng-*input* jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode yang berupa angka atau huruf ke dalam program komputer (Notoatmodjo, 2010). Peneliti meng-*input* data sesuai *code* yang telah ditentukan sebelumnya dan diolah menggunakan program komputer.

4.6.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan pemeriksaan kembali data yang telah di-*input* untuk melihat adanya kesalahan yang selanjutnya akan diperbaiki (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di-*input* ke dalam

program komputer. Jika data sudah benar dan lengkap, analisis data dapat dilakukan.

4.7 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan analisis yang dilakukan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel. Mean, median, dan standar deviasi digunakan dalam data numerik, sedangkan distribusi frekuensi dengan persentase digunakan dalam data kategorik (Notoatmodjo, 2010). Variabel pada penelitian ini seluruhnya merupakan variabel kategorik (usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan tingkat kecemasan), sehingga disajikan dalam bentuk frekuensi atau persentase.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan pada dua variabel yang diperkirakan memiliki korelasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, variabel yang dianalisis adalah variabel independen yaitu karakteristik demografi dan variabel dependen yaitu tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa. Cara yang digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel tersebut menggunakan uji statistik. Uji statistik yang digunakan untuk menguji hubungan kedua variabel pada penelitian ini adalah *chi square*. Baris pada tabel diisi dengan variabel independen dan kolom pada tabel diisi dengan variabel dependen (Dahlan, 2014).

Dahlan (2014) menyebutkan bahwa jika tidak ada sel dengan nilai *expected* kurang dari lima, maka menggunakan uji *chi square*. Namun, jika paling

tidak ada satu sel dengan nilai *expected* kurang dari lima, maka menggunakan uji Fisher. *Expected value* adalah frekuensi yang diharapkan dan diobservasi dari masing-masing kategori untuk mengetahui apakah setiap kategori memiliki proporsi nilai yang diharapkan. Jika syarat uji *chi square* tidak terpenuhi, maka dilakukan uji alternatif yaitu:

- 1) Tabel 2x2 menggunakan uji Fisher
- 2) Tabel 2xK menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov
- 3) Apabila bukan tabel 2x2 atau 2xK, yang digunakan adalah penggabungan sel. Setelah penggabungan sel, akan terbentuk tabel BxK yang baru. Uji hipotesis yang dipilih menyesuaikan dengan tabel BxK yang baru tersebut.

Pada penelitian ini, hubungan karakteristik demografi jenis kelamin, status pernikahan, dan status pekerjaan dengan tingkat kecemasan merupakan tabel 2x2 dan tidak ada sel dengan nilai *expected* kurang dari lima, sehingga diuji menggunakan *chi square* serta melihat nilai *continuity correction*. Selanjutnya, pada hubungan karakteristik demografi usia dan tingkat pendidikan dengan tingkat kecemasan merupakan tabel BxK dan terdapat sel dengan nilai *expected* kurang dari lima, sehingga dilakukan penggabungan sel. Penggabungan sel tersebut membentuk tabel 2x2 dan tidak ada sel dengan nilai *expected* kurang dari lima, sehingga diuji menggunakan *chi square* serta melihat nilai *continuity correction* yang menunjukkan nilai *p value*. Menurut Sugiyono (2014), H_0 ditolak bila nilai *p value* $\geq \alpha$ dan H_a diterima bila *p value* $< \alpha$. Nilai α yang digunakan pada penelitian ini yaitu 0,05, sehingga H_a diterima bila *p value* $< 0,05$.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan uji kelaikan etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Manusia, dalam hal ini yaitu keluarga pasien di ruang intensif dewasa sebagai peserta dalam penelitian keperawatan harus dilindungi dengan etika penelitian. Prinsip etik penelitian yang diterapkan oleh peneliti yaitu otonomi, kerahasiaan, keadilan, dan kemanfaatan (Potter dan Perry, 2010; Notoatmodjo, 2010).

4.8.1 Otonomi

Otonomi berarti menghargai apa saja keputusan yang diberikan oleh responden. Lembar persetujuan atau *informed consent* merupakan persetujuan tertulis berisi informasi tentang tujuan, prosedur, keuntungan, dan potensi bahaya dari penelitian (Potter dan Perry, 2010). Lembar *informed consent* diberikan kepada calon responden sebagai bukti bahwa bersedia menjadi responden penelitian. Calon responden yang telah bersedia mengikuti penelitian harus menandatangani lembar *informed consent*.

4.8.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan atau *confidentially* yaitu merahasiakan informasi yang didapat dari responden dan hanya diketahui oleh peneliti (Potter dan Perry, 2010). Pada penelitian ini, peneliti menggunakan kode responden untuk mendokumentasikan hasil penelitian.

4.8.3 Keadilan

Keadilan atau *justice* yaitu menjamin semua subjek penelitian akan diperlakukan dan diuntungkan dengan cara yang sama tanpa membedakan usia, jenis kelamin, etnis, agama, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memperlakukan responden sesuai dengan hak asasi manusia.

4.8.4 Kemanfaatan

Kemanfaatan atau *benefiencie* merupakan prinsip untuk melakukan hal yang baik dan tidak berdampak buruk bagi responden (Notoatmodjo, 2010). Penggunaan asas kemanfaatan pada penelitian ini dilakukan dengan menjelaskan tujuan, manfaat, dan teknik penelitian kepada responden. Penelitian ini memiliki manfaat yang lebih besar daripada risiko yang akan terjadi. Kegiatan yang berlangsung selama proses penelitian mengikuti prosedur yang telah ditetapkan, sehingga dapat memberikan manfaat dan tidak menimbulkan kerugian pada responden.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik demografi keluarga yang menjadi responden penelitian ini paling banyak berusia ≤ 40 tahun yaitu 56,4% dan lebih banyak responden perempuan daripada laki-laki yaitu 64,7%. Status pernikahan responden paling banyak yaitu berstatus menikah sebesar 85,7%. Tingkat pendidikan responden paling banyak adalah pendidikan tinggi sebesar 54,9% dan mayoritas telah bekerja sebesar 54,9%;
- b. Prevalensi kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa sebesar 66,9%, sedangkan responden yang tidak cemas sebesar 33,1%;
- c. Karakteristik demografi yang memiliki hubungan dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa adalah jenis kelamin dengan nilai *p value* 0,002, sedangkan karakteristik demografi lainnya (usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, dan status pekerjaan) menunjukkan *p value* $> 0,05$ yang artinya tidak memiliki hubungan dengan tingkat kecemasan.

6.2 Saran

Penelitian ini tidak hanya menjelaskan hasil dan pembahasan, namun juga memberikan saran kepada berbagai pihak, yaitu:

- a. Bagi peneliti

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat meneliti faktor lainnya yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif.

Selain itu, peneliti selanjutnya dapat menetapkan kriteria responden yang lebih spesifik dan tidak hanya pada satu rumah sakit. Kemanfaatan penelitian selanjutnya diharapkan dapat memberikan penatalaksanaan pada responden berdasarkan hasil pengukuran tingkat kecemasan menggunakan kuesioner.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi yang dapat dimasukkan dalam kurikulum mata kuliah keperawatan kritis dan keperawatan jiwa. Selain itu, dapat menjadi bahan rujukan dalam melakukan pengkajian dan pemberian edukasi pada pasien serta keluarga di ruang intensif dewasa.

c. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini memberikan informasi terkait tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, sehingga pihak rumah sakit dapat lebih memperhatikan keluarga pasien. Selain itu, juga dapat dilakukan upaya pencegahan dan penanganan masalah psikologi yang timbul pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa. Tindakan yang dapat dilakukan, yaitu melakukan pengkajian dan memberikan edukasi secara berkala.

d. Bagi Masyarakat dan Responden

Diharapkan responden dan masyarakat dapat memahami gejala kecemasan yang timbul ketika merawat anggota keluarga di ruang intensif dewasa, sehingga dapat mengendalikan koping diri sendiri yang dapat menurunkan gejala kecemasan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Aboalizm, S. E., N. F. El Gahsh, dan S. E. Masry. 2016. Effect of early nursing preparation on anxiety among patients undergoing cardiac catheterization. *American Journal of Nursing Science*. 5(5):222.
- Adioetomo, S. M. dan O. B. Samosir. 2010. *Dasar-Dasar Demografi Edisi Kedua*. Depok: Salemba Empat.
- Akhtar-Danesh, N. dan J. Landeen. 2007. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*. 1(4).
- American Psychological Association. 2019. Anxiety. <https://www.apa.org/topics/anxiety/>
- Annisa, D. F. dan Ifdil. 2016. Konsep kecemasan (anxiety) pada lanjut usia (lansia). *Konselor*. 5(2).
- Armansyah. 2019. *Menjawab Tantangan Demografi*. Jakarta: Guepedia.
- Asmadi. 2012. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep Dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Astutik, W. S. dan Y. Widodo. 2011. Hubungan tingkat pendidikan dengan kecemasan keluarga pasien dalam menghadapi perawatan di ruang icu rumah sakit umum daerah unit swadana pare. *Jurnal AKP*. 3:6–11.
- Atika dan Halimuddin. 2018. Kebutuhan keluarga pasien di unit perawatan intensif. *JIM FKep*. 3(3).
- Bahrami, F. dan N. Yousefi. 2011. Females are more anxious than males a metacognitive perspective. *Iran J Psuchiatry Behav Sci*. 5(2).
- Beesley, S. J., R. O. Hopkins, J. Holt-Lunstad, E. L. Wilson, J. Butler, K. G. Kuttler, J. Orme, S. M. Brown, dan E. L. Hirshberg. 2018. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of icu patients. *Critical Care Medicine*. 46(2):229–235.

- Bjelland, I., A. A. Dahl, T. T. Haug, dan D. Neckelmann. 2002. The validity of the hospital anxiety and depression scale an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 52:69–77.
- Bolosi, M., V. Peritogiannis, P. Tzimas, A. Margaritis, K. Millios, dan D. V Rizos. 2018. Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *Journal of Neurosciences in Rural Practices*. 9(4).
- Brighton and Sussex University Hospitals. 2018. Equipment, Services and Procedures in the Intensive Care Unit. 2018.
- Brizendine, L. 2007. *The Female Brain*. Jakarta: UFUK PRESS.
- Caninsti, R. 2013. Kecemasan dan depresi pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis. *Jurnal Psikologi Ulayat*. 1(2):207–222.
- Castillo, M. I., M. Cooke, B. Macfarlane, dan L. M. Aitken. 2016. Factors associated with anxiety in critically ill patients: a prospective observational cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 60:225–233.
- Cronin, E., M. Nielsen, M. Spollen, dan N. Edwards. 2007. *Adult Critical Care*. 2007.
- Dahlan, M. S. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, Dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Day, A., S. Haj-Bakri, S. Lubchansky, dan S. Mehta. 2013. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care*. 17(3)
- de Oliveira, H. S. dan R. R. L. Fumis. 2018. Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses. *Rev Bras Ter Intensiva*. 30(8):35–41.
- Dewi, A., A. Sukendar, A. Haryanto, A. Sakki, I. Rohiman, Turiman, dan B.

- Herawansyah. 2018. *Modul Pelatihan Keperawatan Intensif Dasar*. Bogor: In Media.
- Eaton, P. M., Z. T. McGee, E. H. Condon, B. L. Davis, dan P. V. Hammond. 2011. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*. 1–12.
- Elias, Y., I. L. Susanti, dan N. I. Hayati. 2013. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Di R.HCU RS Immanuel Bandung. *Penanggulangan Masalah Gizi Pada Anak Melalui Pendekatan Peka Budaya*. 2013.
- Faul, F., E. Erdfelder, A.-G. Lang, dan A. Buchner. 2007. G*power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*. 39(2):175–191.
- Feist, J. dan G. . Feist. 2009. *Theories of Personality. Seventh Edition*. New York: McGraw-Hill International Edition.
- Fonseca, G. M., K. S. Freitas, A. M. da S. Filho, P. P. Portela, E. G. Fontoura, dan M. A. N. Oliveira. 2019. Anxiety and depression in family members of people hospitalized in an intensive care unit. *Psicologia: Teoria E Pratica*. 21(1):328–343.
- Fuad. 2003. *Dasar-Dasar Kependidikan*. Jakarta: Rinieka Cipta.
- Fumis, R. R. L., O. T. Ranzani, P. S. Martins, dan G. Schettino. 2015. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after icu stay. *PLoS ONE*. 10(1):1–12.
- Gangka, Y., A. Kadir, dan A. Semana. 2013. Faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan pasien preoperasi bedah mayor digestif di rsup dr. wahidin sudirohusodo makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. 2(3):1–9.
- Hajebi, A., S. A. Motevalian, A. Rahimi-Movaghar, V. Sharifi, M. Amin-Esmaeili, R. Radgoodarzi, dan M. Hefazi. 2018. Major anxiety disorders in iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC Psychiatry*. 18(261).

Harlina dan Aiyub. 2018. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di unit perawatan kritis. *JIM FKep.* 3(3):184–192.

Hasanuddin, J. Kristofel, P. I. Mahatrisni, N. T. Winasis, dan B. Satrio. 2011. *Anxieties Desires: 90 Insights for Marketing to Youth, Women, Netizen in Indonesia.* Jakarta: Percetakan Gramedia.

Hayaturrahmi dan Halimuddin. 2018. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien di instalasi gawat darurat. *JIM FKep.* 3(3):231–240.

Herdman, T. H. dan S. Kamitsuru. 2018. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2018-2020.* 1. Igarss 2018.

Herrmann, C. 1997. International experiences with the hospital anxiety and depression scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research.* 42(1):17–41.

Hickman, R. L. dan S. L. Douglas. 2010. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Advanced Critical Care.* 21(1):80–91.

Holland, E. M. dan T. J. Moss. 2017. Acute noncardiovascular illness in the cardiac intensive care unit. *Journal of The American College of Cardiology.* 69(16).

Ikawati, V. C. dan Sulastri. 2011. Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan anggota keluarga terhadap tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis di rsud dr. moewardi surakarta. 114–121.

Ismail, T. 2015. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan ICU-ICCU Terhadap Kecemasan Keluarga Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Stikes Kusuma Husada.

Kao, Y.-Y., H.-Y. Lin, C.-Y. Huang, S.-J. Perng, Y.-H. Lin, F.-J. Chen, dan C.-I. Chen. 2016. Effects of resourcefulness on sleep disturbances, anxiety, and depressive symptoms in family members of intensive care unit

patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 30(5):607–613.

Kaplan, H. I. dan B. J. Sadock. 1997. *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Kasaoka, S. 2017. Evolved role of the cardiovascular intensive care unit (cicu). *Journal of Intensive Care*. 5(72):1–5.

Kaur, S., N. Z. Zainal, W. Y. Low, R. Ramasamy, dan J. S. Sidhu. 2014. Factor structure of hospital anxiety and depression scale in malaysian patients with coronary artery disease. *Asia-Pacific Journal of Public Health*. 1–11.

Kemenkes RI. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No, 1778/MENKES/SK/XII/2010. Jakarta. 2010.

Kemenkes RI. 2012a. Pedoman teknis bangunan rumah sakit ruang perawatan intensif.

Kemenkes RI. 2012b. Laporan akhir riset fasilitas kesehatan 2011. *Rifaskes 2011*.

Kiptiyah, M. dan Mustikasari. 2013. Tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang icu.

Konstanti, Z., M. Gouva, E. Dragioti, G. Nakos, dan V. Koulouras. 2016. Symptoms of cardiac anxiety in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*. 25(5):448–456.

Köse, I., Ç. Zincircioğlu, Y. K. Öztürk, M. Çakmak, E. A. Güldoğan, H. F. Demir, N. Şenoglu, R. H. Erbay, dan M. Gonullu. 2016. Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. *Journal of Intensive Care Medicine*. 31(9):611–617.

Kourti, M., E. Christofilou, dan G. Kallergis. 2015. Anxiety and depression symptoms in family members of icu patients. *Avances En Enfermería*. 33(1):47–54.

Kristiani, R. B. dan A. N. Dini. 2017. Komunikasi terapeutik dengan tingkat

kecemasan keluarga pasien di intensive care unit (icu) rs adi husada kapasari surabaya. *Adi Husada Nursing Journal*. 3(2):71–75.

Kriyantono, R. 2012. *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Prenada.

Lacerda, M. S., M. A. Cirelli, A. L. B. L. de Barros, dan J. D. L. Lopes. 2017. Anxiety, stress and depression in family members of patients with heart failure*. *Rev Esc Enferm USP*. 51(1):1–8.

Lishani, N. A. dan S. R. Jannah. 2018. Tingkat kecemasan keluarga pasien stroke di rumah sakit. *2JIM FKep*. 3(3).

Lukmanulhakim dan W. Firdaus. 2018. Pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis di ruang intensive care unit (icu) rsud dr. dradjat prawiranegara serang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*. 9(1):104–110.

Marshall, J. C., L. Bosco, N. K. Adhikari, P. Pelosi, J. V. Diaz, J.-L. Vincent, K. Vollman, G. Meyfroidt, J. Zimmerman, R. A. Fowler, S. Nakagawa, B. Connolly, dan T. Dorman. 2016. What is an intensive care unit: a report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. *Journal of Critical Care*. 37:270–276.

McAdam, J. L., K. A. Dracup, D. B. White, D. K. Fontaine, dan K. A. Puntillo. 2010. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 38(4).

McAdam, J. L., D. K. Fontaine, D. B. White, K. A. Dracup, dan K. A. Puntillo. 2012. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*. 21(6).

McDowell, I. 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaire*. Third Edition. New York: Oxford University Press.

Michopoulos, I., A. Douzenis, C. Kalkavoura, C. Christodoulou, K. Fineti, P. Michalopoulou, L. Lykouras, P. Patapis, G. Kalemi, dan K. Protopapas. 2008. Hospital anxiety and depression scale (hads): validation in a greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry*. 7(4).

Moorey, S., S. Greer, M. Watson, C. Gorman, L. Rowden, R. Tunmore, B.

- Robertson, dan J. Bliss. 1991. The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*. 158:255–259.
- Morton, P. G., D. Fontaine, C. M. Hudak, dan B. M. Gallo. 2012. *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik*. Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Murti. 2009. Mendesak, kebutuhan untuk memperbaiki pelayanan intensif bayi dan anak. *Jurnal Kedokteran Indonesia*. 1(1).
- Nieder, C. dan T. A. Kampe. 2018. Does marital status influence levels of anxiety and depression before palliative radiotherapy? *In Vivo*. 32:327–330.
- Nisfiannoor, M. 2013. *Pendekatan Statistika Modern Untuk Ilmu Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Kritis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oktarina, F. Hanafi, dan M. A. Budisuari. 2009. Hubungan antara karakteristik responden, keadaan wilayah dengan pengetahuan, sikap terhadap hiv/aids pada masyarakat indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 12(4):362–369.
- Peni, T. 2014. Kecemasan keluarga pasien ruang icu rumah sakit daerah sidoarjo. *Hospital Majapahit*. 6(1):86–97.
- Pochard, F., M. Darmon, T. Fassier, P.-E. Bollaert, C. Cheval, M. Coloigner, A. Merouani, S. Moulront, E. Pigne, J. Pingat, J.-R. Zahar, B. Schlemmer, dan E. Azoulay. 2005. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. a prospective multicenter study. *Journal of Critical Care*. 20:90–96.

- Potter, P. A. dan A. G. Perry. 2010. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Prajapati, B., M. Dunne, dan R. Armstrong. 2010. Sample size estimation and statistical power analysis. *Optometry Today*. 16.
- Raharjo, J. 2015. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Stroke Yang Dirawat Di Ruang ICU RS. Panti Waluyo Surakarta.
- Rahmatiah, I. N. 2013. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang icu rsud dr. m.m dunda limboto. 1(1).
- Rahmawati, I. dan R. Maria. 2014. Kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang icu.
- Ramaiah, S. 2003. *Kecemasan. Bagaimana Mengatasi Penyebabnya*. Edisi 1. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Rancans, E., J. Vrublevska, S. Snikere, I. Koroleva, dan M. Trapencieris. 2014. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of latvia. *Journal of Affective Disorders*. 156:104–110.
- Retnaningsih, D. dan E. Etikasari. 2016. Hubungan komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di unit perawatan kritis. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 11(1):35–43.
- Roland, G. 2014. The meaning of caring from nurses working at an intensive coronary care unit in mauritius. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 4(8):192–197.
- Rosidawati, I. dan S. Hodijah. 2019. Hubungan antara lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensive care unit rsud dr. soekardjo kota tasikmalaya. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*. 7(1):33–38.
- RSUD Pasar Minggu. 2015. *Pedoman Pelayanan Intensive Coronary Care Unit (ICCU) RSUD Pasar Minggu*.

- Rudy, M., E. Widyadharma, dan O. Adnyana. 2015. Reliability indonesian version of the (hads) of stroke patients in sanglah general hospital denpasar.
- Saputra, H. dan T. Kurniawati. 2014. Hubungan penerapan asuhan keperawatan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap kelas iii rs pku muhammadiyah yogyakarta.
- Scott, K. M., J. E. Wells, M. Angermeyer, T. S. Brugha, E. Bromet, K. Demyttenaere, T. Takeshima, M. Zhang, dan R. C. Kessler. 2010. Gender and relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*. 40(9):1495–1505.
- Sentana, A. D. 2016. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif care rsud provinsi ntb tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Prima*. 10(2):1694–1708.
- Sessler, C. N. 2005. The critical care family assistance program. *CHEST*. 128(3):1101–1103.
- Shafipour, V., M. Moosazadeh, Y. Jannati, dan F. Shoushi. 2017. The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a systematic review and meta-analysis. *Electronic Physician*. 9(3):3918–3924.
- Siddiqui, S., F. Sheikh, dan R. Kamal. 2011. What families want - an assessment of family expectations in the icu. *International Archives of Medicine*. 4(1):21.
- Singer, S., S. Kuhnt, H. Gotze, J. Hauss, A. Hinz, A. Liebmann, O. Krauß, A. Lehmann, dan R. Schwarz. 2009. Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care. *British Journal of Cancer*. 100:908–912.
- Siwi, A. S., S. Fatimah, dan E. Emaliyawati. 2017. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan dan analisis kebutuhan orangtua yang mengalami kecemasan dengan bayi sakit kritis di nicu rsud prof. dr. margono soekardjo purwokerto. *Journal of Holistic Nursing Science*. 4(2):32–44.

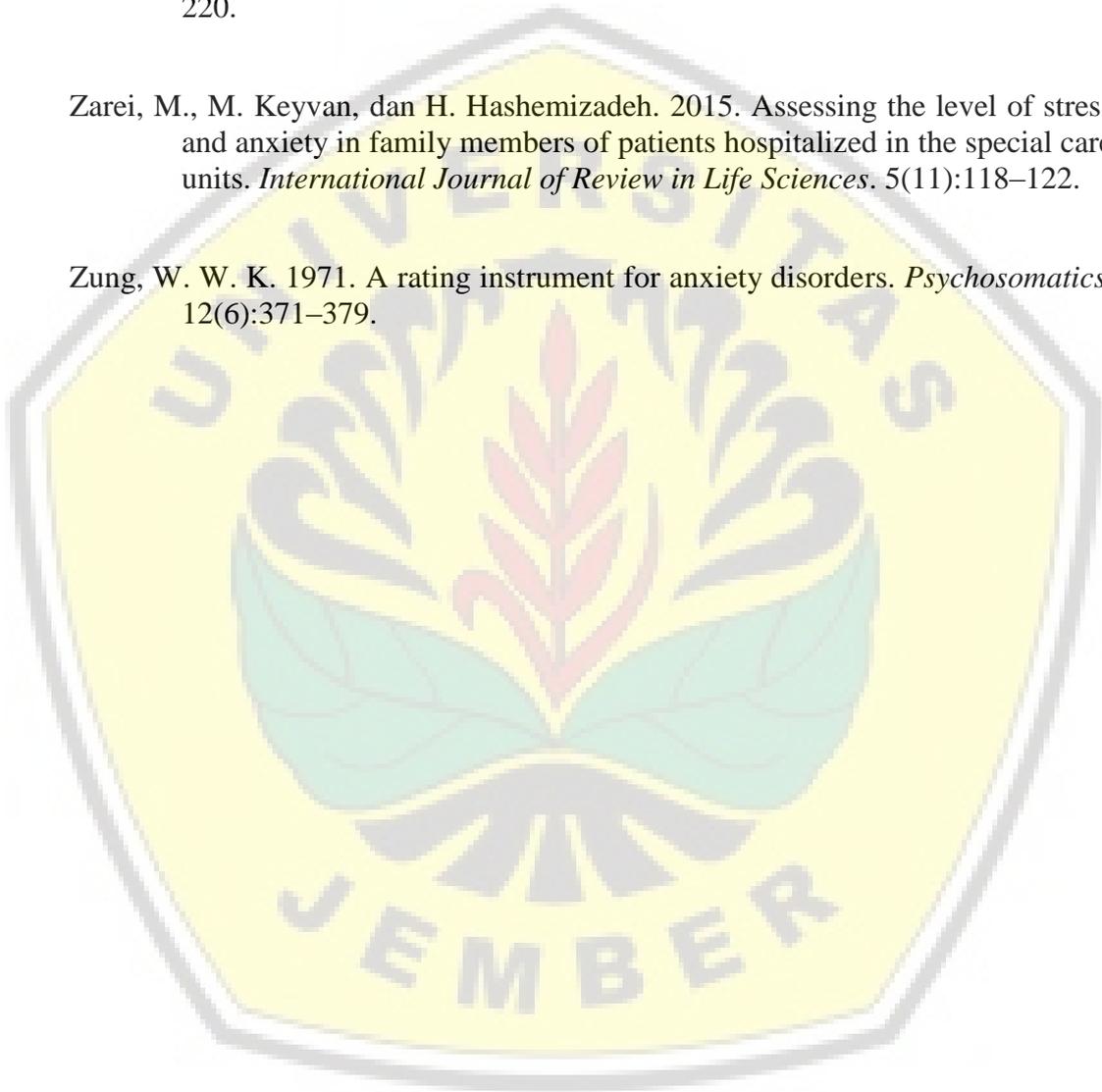
- Snaith, R. 2003. The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1(29).
- Stuart, G. W. dan M. T. Laraia. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th Edition*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Stuart, G. W. dan S. J. Sundeen. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi Ke-3*. Jakarta: EGC.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Toledano-Toledano, F. dan J. M. de la Rubia. 2018. Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *BioPsychoSocial Medicine*. 12(20):1–10.
- Utaminingsih, A. 2017. *Gender Dan Wanita Karir*. Malang: Tim UB Press.
- Washington State Department of Health. 2019. Types of Hospital Unit. <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HealthcareAssociatedInfections/HAIRReports/TypesofHospitalUnits>.
- Weay, Y. H., Z. Hashim, dan Z. J. Osman. 2016. Reliability and validatidity of hospital anxiety and depression scale (hads) on breast cancer survivors : malaysia case study. *Asia Pacific Environmental and Occupational Health Journal*. 2(2):19–24.
- Wijayanti, D. W. 2017. Hubungan Antara Kecemasan Dengan Prestasi Kerja Karyawan PT. Kusumahadi Santosa Karanganyar.
- Yahya, F. dan Z. Othman. 2015. Validation of the malay version of hospital

anxiety and depression scale (hads) in hospital universiti sains malaysia.
International Medical Journal. 22(2):80–82.

Yang, Y., R. Ding, D. Hu, F. Zhang, dan L. Sheng. 2014. Reliability and validity of a chinese version of the hads for screening depression and anxiety in psycho-cardiological outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 55:215–220.

Zarei, M., M. Keyvan, dan H. Hashemizadeh. 2015. Assessing the level of stress and anxiety in family members of patients hospitalized in the special care units. *International Journal of Review in Life Sciences*. 5(11):118–122.

Zung, W. W. K. 1971. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12(6):371–379.





LAMPIRAN

LAMPIRAN A: Lembar *Informed***KODE RESPONDEN:****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada
Calon Responden

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mukhlish Nur Rahman
NIM : 152310101263
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Baturaden 1 no. 74, Jember

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan karakteristik demografi dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien di ruang intensif dewasa. Prosedur penelitian membutuhkan waktu 15-20 menit untuk pengisian kuesioner yang akan saya berikan. Pada penelitian ini, peneliti memberikan lembar kuesioner karakteristik demografi dan HADS-A untuk mengetahui karakteristik demografi dan tingkat kecemasan.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Segala informasi akan dijaga kerahasiaannya dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden penelitian, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden penelitian, maka saya mohon kesediaan anda untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab serta mengisi kuesioner yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2019

Mukhlish Nur Rahman
NIM 152310101263

LAMPIRAN B: Lembar *Consent*

KODE RESPONDEN:

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

No. telepon :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Mukhlis Nur Rahman

NIM : 152310101263

Fakultas : Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Setelah saya membaca dan telah menerima penjelasan terkait penelitian serta diberikan informasi dengan jelas, maka saya telah memahami bahwa prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak risiko apapun pada subjek penelitian. Kerahasiaan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sebenar-benarnya dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Bondowoso,2019

(.....)

LAMPIRAN C: Kuesioner Karakteristik Demografi

KODE RESPONDEN:

**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI
DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA
PASIEN DI RUANG INTENSIF DEWASA RSUD dr. H.
KOESNADI BONDOWOSO**

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda *check list* (√) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama (inisial) :
2. Tempat Tanggal Lahir :
3. Usia :tahun
4. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
5. Status Menikah : Menikah Belum Menikah
6. Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak sekolah	<input type="checkbox"/> SMA/ sederajat
<input type="checkbox"/> Tamat SD/ sederajat	<input type="checkbox"/> Akademi/PT
<input type="checkbox"/> SMP/ sederajat	
7. Status Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Bekerja	<input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
----------------------------------	--

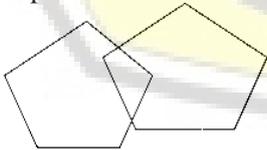
LAMPIRAN D: Kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-A)**KODE RESPONDEN:****KUESIONER *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE* (HADS-A)**

Lingkari jawaban berikut yang paling benar. Jangan berpikir terlalu lama untuk masing-masing jawaban. Jawablah seperti yang anda rasakan sekarang.

1.	Saya merasa tegang atau 'sakit hati':	Hampir selalu	3	A
		Sering sekali	2	
		Dari waktu ke waktu, sekali-kali	1	
		Tidak sama sekali	0	
2.	Saya mendapat perasaan semacam ketakut seolah-olah ada sesuatu yang mengerikan akan terjadi:	Tentu saja dan sungguh tidak mengenakan	3	A
		Ya, tetapi tidak begitu buruk	2	
		Sedikit, tetapi tidak membuat saya khawatir	1	
		Tidak sama sekali	0	
3.	Ada pikiran takut melintas di pikiran saya:	Terlalu sering	3	A
		Sering	2	
		Dari waktu ke waktu, tetapi tidak terlalu sering	1	
		Hanya sekali-kali	0	
4.	Saya bisa duduk nyaman dan merasa santai	Tentu saja	0	A
		Biasanya	1	
		Tidak sering	2	
		Tidak sama sekali	3	
5.	Saya ada semacam perasaan takut seperti rasa mual dalam perut:	Sering sekali	3	A
		Agak sering	2	
		Sekali-kali	1	
		Tidak sama sekali	0	
6.	Saya merasa gelisah karena saya pasti sibuk	Gelisah luar biasa	3	A
		Agak gelisah	2	
		Tidak terlalu gelisah	1	
		Tidak sama sekali	0	
7.	Saya tiba-tiba merasakan perasaan panik	Sering sekali	3	A
		Agak sering	2	
		Tidak terlalu sering	1	
		Tidak sama sekali	0	

Sumber: Zigmond dan Snaith (1983) dalam Rudy dkk., (2015)

LAMPIRAN E: Mini Mental State Examination (MMSE)**KODE RESPONDEN:****PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI
MINI MENTAL STATE EXAMINATION(MMSE)**

Item	Tes	Nilai Maks	Nilai
1.	ORIENTASI		
	Sekarang tahun, musim, bulan, tanggal, hari apa?	5	
	Kita Berada dimana? Negara, provinsi, kota	5	
2.	REGISTRASI		
	Sebutkan 3 buah nama benda, tiap benda 1 detik, pasien diminta untuk mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat mengulangi dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
3.	ATENSI DAN KALKULASI		
	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau minta untuk mengeja kata dari belakang (nilai diberi pada huruf yang benar)	5	
4.	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
	Responden diminta untuk menyebutkan kembali nama benda sebelumnya	3	
5.	BAHASA		
	Responden diminta untuk menyebutkan nama benda yang ditunjukkan	2	
	Responden diminta untuk mengulang kata-kata: “namun”, “tanpa”, “bila”	1	
	Responden diminta untuk melakukan perintah, “ambil kertas ini dengan tangan anda”	3	
	Responden diminta untuk membaca dan melakukan perintah “Pejamkan mata anda”	1	
	Responden diminta untuk menulis dengan spontan	1	
	Responden diminta untuk menggambar bentuk di bawah ini 	1	
Total		30	

Sumber: Asosiasi Alzheimer Indonesia. Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya. Jakarta, 2003.

Keterangan: 24 – 30 : normal
 17 – 23 : *probable* gangguan kognitif
 < 17 : *definite* gangguan kognitif

LAMPIRAN F: Izin Penggunaan Kuesioner HADS-A

Gmail - Izin Penggunaan Kuesioner HADS versi Indonesia

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=38aac727da&view=pt&search=all...>

Mukhlis Rahman <mukhlisrahman@gmail.com>

Izin Penggunaan Kuesioner HADS versi Indonesia

3 pesan

Mukhlis Rahman <mukhlisrahman@gmail.com>
Kepada: maderudy@gmail.com

3 April 2019 17.27

Selamat sore,

Perkenalkan, saya Mukhlis Nur Rahman mahasiswa akhir Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Saya sedang melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Kesejahteraan Spiritual dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso." Saya bermaksud untuk meminta izin terkait penggunaan kuesioner Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) berdasarkan jurnal "Reliability Indonesian Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of Stroke Patients in Sanglah General Hospital Denpasar" yang diteliti oleh anda.

Terima kasih

--
Best regards,
Mukhlis Nur Rahman
NIM 152310101263
College of Nursing University of Jember
081233871050

Agustinus Made Rudy <maderudy@gmail.com>
Kepada: Mukhlis Rahman <mukhlisrahman@gmail.com>

3 April 2019 20.22

Selamat malam,
Silahkan dipergunakan, semoga bermanfaat.

Regards,

dr. Made Rudy, M.Biomed, Sp.S
Neurologist
[Kutipan teks disembunyikan]

Mukhlis Rahman <mukhlisrahman@gmail.com>
Kepada: Agustinus Made Rudy <maderudy@gmail.com>

3 April 2019 19.58

Baik dok, terima kasih atas izinnya

Best Regards,
Mukhlis Nur Rahman
Nursing College, University of Jember
08233871050
[Kutipan teks disembunyikan]

LAMPIRAN H: Keterangan Kelaikan Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
(HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE)
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"
No. 6298/ UN25.1.14/ SP/ 2019

Setelah Tim Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember menelaah dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan oleh :
After The Ethics Committee of the Faculty of Nursing, University of Jember reviewed the research protocol thoroughly proposed by:

Peneliti : Mukhlis Nur Rahman
Researcher

Judul : Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat
Title Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa
Di RSUD. dr. H. Koesnadi, Bondowoso.

Unit / Lembaga : Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
Institution

Waktu Penelitian : 25 Oktober 2019 – 15 Desember 2019
Time of The Research

Tempat Penelitian : Ruang ICU dan ICCU RSUD. dr. H. Koesnadi, Bondowoso.
Place of the research

menyetujui protocol tersebut untuk kelaikan etik.
approve the research protocol for ethical clearance.

Jember, 15 November 2019

Ketua,

Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., PhD
NIP. 19800105 200604 1 004

LAMPIRAN I: Analisa Data

1. Frekuensi Karakteristik Demografi dan Tingkat Kecemasan

Usia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 65	1	,8	,8	,8
	41-65	57	42,9	42,9	43,6
	22-40	67	50,4	50,4	94,0
	18-21	8	6,0	6,0	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	47	35,3	35,3	35,3
	Perempuan	86	64,7	64,7	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Status Pernikahan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	114	85,7	85,7	85,7
	Belum Menikah	19	14,3	14,3	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perguruan Tinggi	17	12,8	12,8	12,8
	SMA/Sederajat	56	42,1	42,1	54,9
	SMP/Sederajat	13	9,8	9,8	64,7
	SD/Sederajat	43	32,3	32,3	97,0
	Tidak Sekolah	4	3,0	3,0	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Status Pekerjaan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	73	54,9	54,9	54,9
	Tidak Bekerja	60	45,1	45,1	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Tingkat Kecemasan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Cemas	44	33,1	33,1	33,1
	Cemas	89	66,9	66,9	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

2. Frekuensi Karakteristik Demografi Usia dan Tingkat Pendidikan Setelah Penggabungan Sel

Klasifikasi usia					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 40	58	43,6	43,6	43,6
	≤ 40	75	56,4	56,4	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Klasifikasi Tingkat Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pendidikan Tinggi	73	54,9	54,9	54,9
	Pendidikan Rendah	60	45,1	45,1	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

3. Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan

Jenis Kelamin * Tingkat Kecemasan Crosstabulation					
		Tingkat Kecemasan		Total	
		Tidak Cemas	Cemas		
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	24	23	47
		Expected Count	15,5	31,5	47,0
		% within Jenis Kelamin	51,1%	48,9%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	54,5%	25,8%	35,3%
		% of Total	18,0%	17,3%	35,3%
	Perempuan	Count	20	66	86
		Expected Count	28,5	57,5	86,0
		% within Jenis Kelamin	23,3%	76,7%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	45,5%	74,2%	64,7%
		% of Total	15,0%	49,6%	64,7%
Total	Count	44	89	133	
	Expected Count	44,0	89,0	133,0	
	% within Jenis Kelamin	33,1%	66,9%	100,0%	
	% within Tingkat Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,1%	66,9%	100,0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,616 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	9,397	1	,002		
Likelihood Ratio	10,428	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	10,536	1	,001		
N of Valid Cases	133				
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,55.					
b. Computed only for a 2x2 table					

4. Hubungan Usia dengan Tingkat Kecemasan Setelah Penggabungan Sel

Klasifikasi usia * Tingkat Kecemasan Crosstabulation					
		Tingkat Kecemasan		Total	
		Tidak Cemas	Cemas		
Klasifikasi usia	>40	Count	16	42	58
		% within Klasifikasi usia	27,6%	72,4%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	36,4%	47,2%	43,6%
		% of Total	12,0%	31,6%	43,6%
	<=40	Count	28	47	75
		% within Klasifikasi usia	37,3%	62,7%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	63,6%	52,8%	56,4%
		% of Total	21,1%	35,3%	56,4%
Total	Count	44	89	133	
	% within Klasifikasi usia	33,1%	66,9%	100,0%	
	% within Tingkat Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,1%	66,9%	100,0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,404 ^a	1	,236		
Continuity Correction ^b	,998	1	,318		
Likelihood Ratio	1,417	1	,234		
Fisher's Exact Test				,268	,159
Linear-by-Linear Association	1,393	1	,238		
N of Valid Cases	133				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,19.					
b. Computed only for a 2x2 table					

5. Hubungan Status Pernikahan dengan Tingkat Kecemasan

Chi-Square Tests					
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,142 ^a	1	,707		
Continuity Correction ^b	,013	1	,910		
Likelihood Ratio	,139	1	,709		
Fisher's Exact Test				,794	,447
Linear-by-Linear Association	,140	1	,708		
N of Valid Cases	133				
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,29.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Status Pernikahan * Tingkat Kecemasan Crosstabulation					
			Tingkat Kecemasan		Total
			Tidak Cemas	Cemas	
Status Pernikahan	Menikah	Count	37	77	114
		Expected Count	37,7	76,3	114,0
		% within Status Pernikahan	32,5%	67,5%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	84,1%	86,5%	85,7%
		% of Total	27,8%	57,9%	85,7%
	Belum Menikah	Count	7	12	19
		Expected Count	6,3	12,7	19,0
		% within Status Pernikahan	36,8%	63,2%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	15,9%	13,5%	14,3%
		% of Total	5,3%	9,0%	14,3%
Total		Count	44	89	133
		Expected Count	44,0	89,0	133,0
		% within Status Pernikahan	33,1%	66,9%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	33,1%	66,9%	100,0%

6. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kecemasan Setelah Penggabungan Sel

Klasifikasi Tingkat Pendidikan * Tingkat Kecemasan Crosstabulation						
			Tingkat Kecemasan		Total	
			Tidak Cemas	Cemas		
Klasifikasi Tingkat Pendidikan	Pendidikan Tinggi	Count	28	45	73	
		% within Klasifikasi Tingkat Pendidikan	38,4%	61,6%	100,0%	
		% within Tingkat Kecemasan	63,6%	50,6%	54,9%	
		% of Total	21,1%	33,8%	54,9%	
	Pendidikan Rendah	Count	16	44	60	
		% within Klasifikasi Tingkat Pendidikan	26,7%	73,3%	100,0%	
		% within Tingkat Kecemasan	36,4%	49,4%	45,1%	
		% of Total	12,0%	33,1%	45,1%	
	Total		Count	44	89	133
			% within Klasifikasi Tingkat Pendidikan	33,1%	66,9%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	33,1%	66,9%	100,0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,033 ^a	1	,154		
Continuity Correction ^b	1,539	1	,215		
Likelihood Ratio	2,053	1	,152		
Fisher's Exact Test				,195	,107
Linear-by-Linear Association	2,017	1	,156		
N of Valid Cases	133				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,85.					
b. Computed only for a 2x2 table					

7. Hubungan Status Pekerjaan dengan Tingkat Kecemasan

Status Pekerjaan * Tingkat Kecemasan Crosstabulation					
			Tingkat Kecemasan		Total
			Tidak Cemas	Cemas	
Status Pekerjaan	Bekerja	Count	29	44	73
		Expected Count	24,2	48,8	73,0
		% within Status Pekerjaan	39,7%	60,3%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	65,9%	49,4%	54,9%
		% of Total	21,8%	33,1%	54,9%
	Tidak Bekerja	Count	15	45	60
		Expected Count	19,8	40,2	60,0
		% within Status Pekerjaan	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	34,1%	50,6%	45,1%
		% of Total	11,3%	33,8%	45,1%
Total		Count	44	89	133
		Expected Count	44,0	89,0	133,0
		% within Status Pekerjaan	33,1%	66,9%	100,0%
		% within Tingkat Kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	33,1%	66,9%	100,0%

Chi-Square Tests					
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,226 ^a	1	,072		
Continuity Correction ^b	2,595	1	,107		
Likelihood Ratio	3,271	1	,070		
Fisher's Exact Test				,096	,053
Linear-by-Linear Association	3,202	1	,074		
N of Valid Cases	133				
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,85.					
b. Computed only for a 2x2 table					

LAMPIRAN J: Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Pengisian Kuesioner di Ruang ICU
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso



Gambar 2. Pengisian Kuesioner di Ruang ICCU
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso

LAMPIRAN K: Logbook Penelitian


**CATATAN PENELITIAN SKRIPSI DI RUANG ICU DAN ICCU
RSU dr. II. KOESNADI BONDOWOSO**

Nama : Mukhlis Nur Rahman
 NIM : 152310101263
 Judul Skripsi : Hubungan Karakteristik Demografi dengan Tingkat Kecemasan pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

No.	Tanggal	Kegiatan	Jumlah Responden
1.	12-11-2019	Mengambil data hari ke-1 - ICU sebanyak 3 responden - ICCU sebanyak 2 responden - Tidak ada yang menolak - Total 5 responden	5 orang
2.	14-11-2019	Mengambil data hari ke-2 - ICU sebanyak 2 responden - ICCU sebanyak 2 responden - Tidak ada yang menolak - Total 4 responden	9 orang
3.	16-11-2019	Mengambil data hari ke-3 - ICU sebanyak 6 responden - ICCU sebanyak 4 responden - Tidak ada yang menolak - Total 10 responden	19 orang
4.	25-11-2019	Mengambil data hari ke-4 - ICU sebanyak 2 responden - ICCU sebanyak 3 responden - Tidak ada yang menolak - Total 5 responden	24 orang
5.	26-11-2019	Mengambil data hari ke-5 - ICU sebanyak 2 responden - ICCU sebanyak 1 responden - Menolak sebanyak 1 orang - Total 3 responden	27 orang
6.	27-11-2019	Mengambil data hari ke-6 - ICU sebanyak 1 responden - ICCU sebanyak 2 responden - Tidak ada yang menolak - Total 3 responden	30 orang
7.	29-11-2019	Mengambil data hari ke-7 - ICU sebanyak 2 responden - ICCU sebanyak 2 responden - Tidak ada yang menolak - Total 4 responden	34 orang
8.	30-11-2019	Mengambil data hari ke-8 - ICU sebanyak 5 responden - ICCU sebanyak 3 responden - Tidak ada yang menolak - Total 8 responden	42 orang
9.	1-12-2019	Mengambil data hari ke-9 - ICU sebanyak 4 responden	50 orang

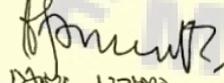
		<ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 4 responden - Tidak ada yang menolak - Total 8 responden 	
10.	2-12-2019	Mengambil data hari ke-10 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 4 responden - ICU sebanyak 6 responden - Tidak ada yang menolak - Total 10 responden 	60 orang
11.	3-12-2019	Mengambil data hari ke-11 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 2 responden - ICU sebanyak 0 responden - Tidak ada yang menolak - Total 2 responden 	62 orang
12.	7-12-2019	Mengambil data hari ke-12 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 6 responden - ICU sebanyak 8 responden - Tidak ada yang menolak - Total 14 responden 	76 orang
13.	9-12-2019	Mengambil data hari ke-13 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 5 responden - ICU sebanyak 6 responden - Menolak sebanyak 2 orang - Total 11 responden 	87 orang
14.	14-12-2019	Mengambil data hari ke-14 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 5 responden - ICU sebanyak 8 responden - Tidak ada yang menolak - Total 13 responden 	100 orang
15.	17-12-2019	Mengambil data hari ke-15 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 6 responden - ICU sebanyak 7 responden - Tidak ada yang menolak - Total 13 responden 	113 orang
16.	21-12-2019	Mengambil data hari ke-16 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 1 responden - ICU sebanyak 13 responden - Menolak sebanyak 1 orang - Total 14 responden 	127 orang
17.	24-12-2019	Mengambil data hari ke-17 <ul style="list-style-type: none"> - ICU sebanyak 5 responden - ICU sebanyak 1 responden - Tidak ada yang menolak - Total 6 responden 	133 orang

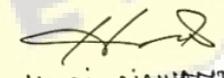
Bondowoso, 30 Desember 2019

Mengetahui,

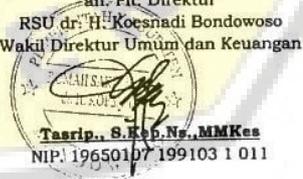
Kepala Ruang ICU RSUD dr. H.
Koesnadi Bondowoso

Kepala Ruang ICU RSUD dr. H.
Koesnadi Bondowoso


 NIP. 19710422038031013


 NIP. HERI SISWANTO

LAMPIRAN L: Surat Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM dr. H. KOESNADI Jl. Kapten Pierre Tendean No. 3 Telepon (0332) 421974, Fax.0332 422311 Website: rsudrkoesnadi.go.id, Email: rsukoesnadi@gmail.com BONDOWOSO	
	Kode Pos: 68214	
Bondowoso, 30 Oktober 2019		
Nomor	: 070/1489/430.10.7/2019	Kepada :
Sifat	: Penting	Yth. Kepala Unit ICU
Lampiran	: 1 (satu) Berkas	Kepala Unit ICCU
Perihal	: <u>Surat Ijin Penelitian</u>	RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
		di-
		<u>Bondowoso</u>
<p>Menindaklanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Bondowoso Nomor: 070/872/430.10.5/2019 Tanggal 22 Oktober 2019 tentang Ijin Studi Pendahuluan di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso dan memperhatikan Surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Nomor: 4144/UN25.3.1/LT/2019 Tanggal 4 Oktober 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian :</p>		
Nama	: Mukhlis Nur Rahman	
NIM	: 152310101263	
No. HP	: 081233871050	
Judul	: Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Di Ruang Intensif Dewasa RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso	
Data yang dibutuhkan	: Data usia, jenis kelamin, status pekerjaan, pernikahan, dan tingkat pendidikan pasien dan keluarga pasien di ICU dan ICCU	
Lokasi	: Ruang ICU dan ICCU	
Waktu	: 2 (Dua) Bulan 30 Oktober 2019 s/d 30 Desember 2019	
<p>maka pada prinsipnya kami setuju yang bersangkutan melakukan Studi Pendahuluan di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso serta kepada pihak terkait dengan kegiatan ini hendaknya dapat membantu sepenuhnya.</p>		
<p>Sebagai bentuk partisipasi dari Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat, maka kami mohon agar hasil rekomendasi/saran dari studi pendahuluan ini disampaikan sebagai masukan pada RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Bagian Perencanaan (Sub Bagian Penelitian, Pengembangan, Monitoring dan Evaluasi) RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso.</p>		
<p>Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.</p>		
	an. Plt. Direktur RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso Wakil Direktur Umum dan Keuangan	
	 Tasrip, S.Kp.Ns., MMKes NIP. 19650107 199103 1 011	



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM dr. H. KOESNADI
 Jl. Kapten Pierre Tendeau No. 3 Telepon (0332) 421974. Fax.0332 422311
 Website: rsudrkoesnadi.go.id, Email: rsukoesnadi@gmail.com
BONDOWOSO



Kode Pos: 68214

FORM CEKLIST PRASYARAT PENELITIAN
NOMOR : 070/499/430.10.7/2019

1. Surat Pengantar Dari Institusi/Lembaga
 Ada Tidak ada
2. Surat Rekomendasi Dari BAKESBANGPOL Kabupaten/Provinsi
 Ada Tidak ada
3. Proposal Penelitian
 Ada Tidak ada
4. Jenis Penelitian
 Intervensi Intervensi Ringan Non Intervensi
5. Lembar Wawancara/Panduan Wawancara/Kuisisioner
 Disetujui Tidak Disetujui

Berdasarkan form ceklist prasyarat diatas, maka Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso menyatakan untuk;

- Menyetujui**
 Merekomendasikan dengan sidang komite etik
 Tidak menyetujui

penelitian atas nama Mukhlis Nur Rahman dengan judul Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Demikian keputusan Komite Etik Penelitian Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso, kami buat sebagai acuan pelaksanaan penelitian dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bondowoso, 30 Oktober 2019

Ketua Komite Etik Penelitian
 Rumah Sakit Umum dr. H. Koesnadi Bondowoso

Dr. M. Kes (MARS)
 NIP. 197101211992031007

LAMPIRAN M: Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM dr. KOESNADI
Jl. Kapten Piere Tendean No. 3 Telephon (0332) 421874 Fax.0332 422311
Website : rsudrkoesnadi.co.id, Email : rsu.koesnadi@gmail.com
BONDOWOSO



Kode Pos : 68214

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/04/430.10.7/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Dr. Untung Kuzairi, SH., MARS.**
NIP : 19710121 199203 1 007
Jabatan : Kepala Bagian Perencanaan dan Pengembangan
Unit Kerja : RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Mukhlis Nur Rahman**
NIM : 152310101263
Mahasiswa : Universitas Jember

Telah melaksanakan Penelitian dengan judul : Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Di Ruang Intensif Dewasa RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Bondowoso, 03 Januari 2020

an. Plt Direktur
RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso
Kepala Bagian
Perencanaan Dan Pengembangan


Dr. Untung Kuzairi, SH., MARS
NIP.-19710121 199203 1 007

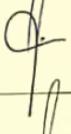
LAMPIRAN N: Lembar Konsul Pembimbing

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA : Mukhlis Nur Rahman

NIM : 152310101263

Dosen Pembimbing : Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	FTD
01 / 19 / 07	Konsul judul proposal skripsi	Pelajari lagi terkait ujiayer, perbaiki kriteria inklusi, perbaiki masalah penelitian	
23 / 19 / 07	Konsul perbaikan proposal skripsi	Diperjelas nomor kriteria inklusinya, pelajari kembali mekanisme pengambilan data	
29 / 19 / 07	Konsul perbaikan dan konfirmasi	Acc Lempra	
30 / 19 / 12	Konsul hasil analisis data	Bukti pendukung dipertuat, penjelasan lebih diekspansi.	
06 / 20 / 01	Konsul Bab 5	Jurnal pendukung diperbanyak, sumber yang terlalu tua diganti	
08 / 20 / 01	Konsul perbaikan Bab 5	Asumsi dipindah di akhir, perbaiki paragraf, penempatan skripsi uluh termasuk abstrak	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA : Mukhlis Nur Rahman
NIM : 152310101263
Dosen Pembimbing : Ns. Enggal Hadi Kurniyawan, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
19 / 09 / 19	Konfirmasi dan tanda tangan BAP	Sudah ditandatangani dan konfirmasi	
31 / 12 / 19	Konsul analisis data dan pembahasan	Penyusunan pembahasan dibagi per-poin, struktur pembahasan diperbaiki	
06 / 01 / 20	Konsul perbaikan penulisan	Pembahasan dirapikan strukturnya	
09 / 01 / 20	Konsul bab 5 hingga bab 6	Mulai kejatan abstrak dan koreksi kembali typo penulisan	
10 / 01 / 20	Konsul abstrak hingga lampiran	Ace uji hasil	