

LAPORAN PENELITIAN

HUBUNGAN LAMA RAWAT DENGAN TINGKAT
KECEMASAN KELUARGA PASIEN
DI ICU / ICCU RS HAJI JAKARTA
Diajukan Sebagai Tugas Akhir M.A Riset Keperawatan



MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA



Oleh :
1. TURIMAN
NPM: 0706 220 442

2. ASNAWI
NPM : 0706 219 503

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
MEI 2009

Tgl Menerima : 2-7-09
Beli / Sumbangan : 1446/09
Nomor Induk :
Klasifikasi : Lap. Penelitian
Tur wagh

HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS

**Penelitian ini adalah hasil karya sendiri,
Dan semua sumber baik yang diktip maupun dirujuk telah saya nyatakan
dengan benar**

**Nama : Turiman
NPM :070622044
Nama : Asnawi
NPM : 0706 219 503**

Tanda tangan : (..........)

(.....)

Tanggal 4 Mei 2009

Lembar Pengesahan

**Hasil Penelitian dengan Judul :
Hubungan Lama Rawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien
di ICU/CCU RS Haji Jakarta**

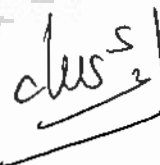
Telah mendapat persetujuan
Depok, 17 April 2009

Mengetahui
Koordinator Mata Ajar Risert
Keperawatan



(Dewi Gayatri, SKp, MKes)

Menyetujui
Pembimbing Risert



(Efi Afifah, SKp, MKes)

Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah, rahmat dan karuniaNya, sehingga rancangan proposal penelitian ini bisa diselesaikan. Peneliti banyak mendapat bimbingan dan saran dari berbagai pihak selama penyusunan proposal ini. Kami ingin menghaturkan ucapan terima kasih kepada:

1. DR. Dewi Irawati sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
2. Dewi Gayatri S.Kp., MKes sebagai coordinator Mata Ajar Risert Keperawatan.
3. Efi Afifah, S.Kp.,MKes sebagai pembimbing penelitian.
4. Direktur RS Haji Jakarta yang telah menyetujui pembiayaan atas kuliah kami.
5. Direktur Kesdam Bogor Jawa barat.
6. Ns. Darmono Skep, Selaku kepala bidang Keperawatan RS Haji Jakarta
7. Ayah dan Ibu yang senantiasa mendukung peneliti.
8. Istri dan anak tercinta yang senantiasa memberikan dukungan moril bagi peneliti.
9. Teman – teman seangkatan ekstensi sore 2007.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa proposal penelitian ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, kami menerima saran dan kritik yang membangun dari semua pihak. Peneliti berharap penelitian ini bermanfaat bagi dunia keperawatan khususnya ditempat kami bekerja.

Depok, 1 mei 2009

Peneliti

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Turiman
NPM : 0706220 442
Nama : Asnawi
NPM :
Program : Fakultas Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Penelitian

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia berhak untuk menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di Depok
Pada Tanggal 4 Mei 2009
Yang menyatakan

1. (Turiman)
2. (Asnawi)

ABSTRAK

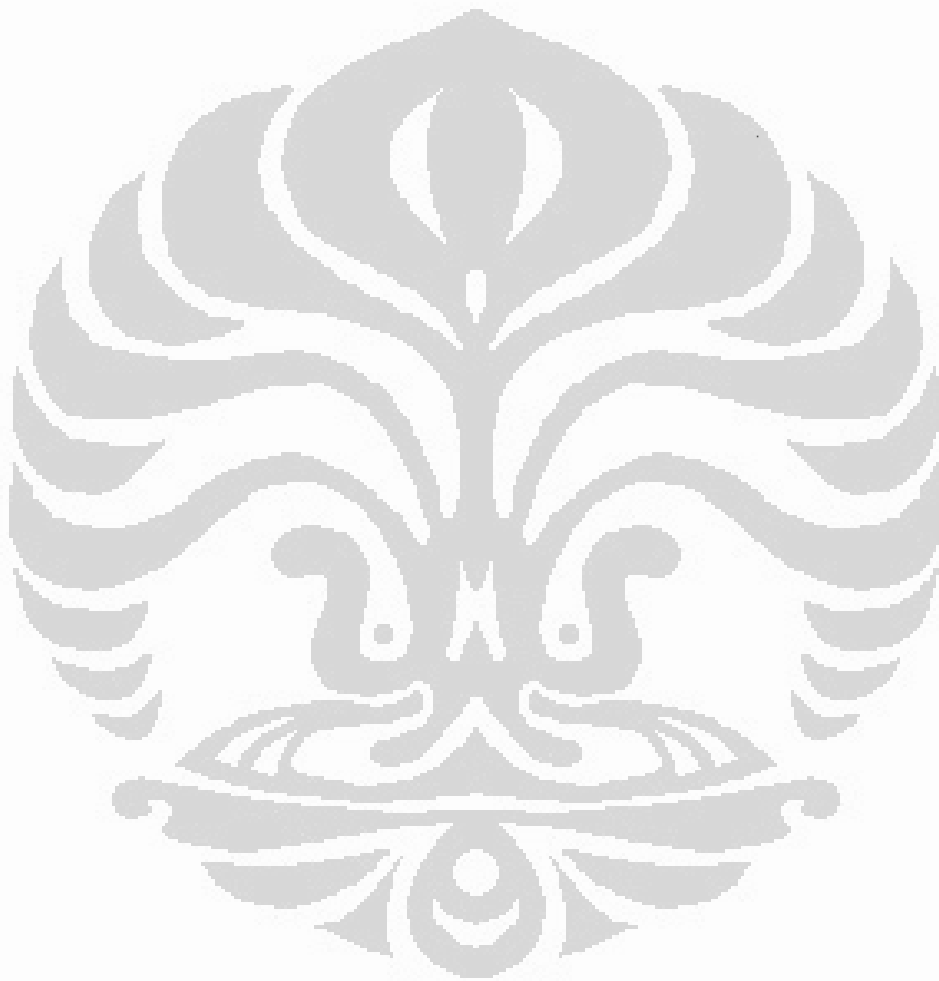
Dukungan peralatan canggih dan tenaga kesehatan yang terlatih di ICU tentunya keluarga sangat mengharapkan pasien segera sembuh. Pada kenyataannya pasien bisa lama dirawat di Ruang ICU. Pasien kritis yang dirawat di Ruang ICU dalam kurun waktu yang cukup lama dapat menjadi stresor bagi pasien atau keluarga, sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Mencermati keadaan seperti diatas peneliti tertarik untuk mengetahui dengan jelas tentang hubungan lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta.. Penelitian dilakukan terhadap responden dengan menggunakan desain deskripsi *korelasi / cross sectional*. Pengumpulan sampel penelitian dilaksanakan di Ruang ICU / ICCU RS Haji Jakarta. Dari perhitungan sampel didapatkan jumlah sampel penelitian adalah 110 orang. Untuk mengetahui tingkat kecemasan dapat digunakan skala *Hamilton Anxiety Scale* yang dapat dimodifikasi *Analog Anxiety Scale (AAS)*, *Manifest Anxiety Quistionary* dari Sarasor (Hidayat, 2007). Sehingga kuesioner tersebut mengacu pada kuisener yang berasal dari *RRS-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)*. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan grafik selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Squar* didapatkan $P \text{ Value } 0,000 < \alpha 0,1$ berarti ada hubungan yang bermakna antara lamanya hari rawat dengan kecemasan keluarga pasien. Hasil perhitungan risk estimasi menunjukkan prevalensi ratio sebesar 47 kali artinya keluarga yang dirawat lama beresiko 47 kali pada keluarga yang dirawat cepat. Saran untuk institusi pelayanan agar memperhatikan peran keluarga dalam memberikan pelayanan. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan ada melakukan penelitian kecemasan pasien selama dirawat di ICU.

Kata kunci : Kecemasan; lama rawat; Pasien; keluarga.

ABSTRACT

With sophisticated equipment support and well trained medical support in ICU, of course the family expecting the patient immediately recover. In fact, the patient can be old for take care in ICU Room. Critical Patient which taken care in ICU Room in sufficient range of time can become stresor to family or patient, so that can generate anxiety. Have attention of situation like above, researcher interest to know the link about duration of take care with anxiety level of the patient family in ICU / ICCU RS Haji Jakarta. Research conducted to responder by using correlation / *cross sectional description*. Collection of research sample executed in ICU / ICCU Room of RS Haji Jakarta. From calculation of sample, the amount of research is people. To know about anxiety level can be used *Hamilton Anxiety Scale* which able to modify by *Analog Anxiety Scale (AAS)*, *Manifest Anxiety Quistionary* from Sarasor (Hidayat, 2007). So that the questionnaire related at questionnaire from *RRS-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety)*. The Data Obtained to be presented in form of graph and tables hereinafter analyzed by using *Chi Square* test has got the $P \text{ Value } 0,000 < 0,1$) meaning there is relation between the duration day take care with anxiety of patient family. Result of calculation of risk estimation show the prevalency ratio equal to 47 times its

meaning the family with long taken care of have 47 times riské than the family with short taken. Suggestion for the institution of service to be paying attention role of family in giving service. For the research of hereinafter expectation there is making research the patient anxiety during taken care in ICU
Keyword : Anxiety; Duration of take care ; Patient ; family.



DAFTAR ISI

Lembar Pernyataan Orisinalitas	i
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Pernyataan Persetujuan Publikasi Tugas Akhir Untuk Kepentingan Akademis.	iv
Abstrak	v
Daftar Isi	iv
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah Keperawatan	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kecemasan / Ansietas	5
1. Definisi	5
2. Teori yang menjelaskan terjadinya cemas	7
3. Rentang respon / tingkatan kecemasan	9
4. Karakteristik Kecemasan	12
5. Faktor yang mempengaruhi kecemasan.....	13
6. Mekanisme koping kecemasan	14
B. Lama Rawat	16
C. Penelitian Terkait	16
BAB III : KERANGKA KONSEP TERKAIT	
A. Kerang Konsep	19
B. Variabel Penelitian	19
C. Kerangka Konsep Penelitian	20
D. Hipotesis	21
E. Definisi operasional	21
BAB IV: METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	24
B. Tempat dan Waktu Penelitian	24
C. Populasi dan Sampel	24
D. Etika Penelitian	26
E. Alat Pengumpulan Data	26
F. Metode Pengumpulan Data	26
G. Pengolahan dan Analisis Data	27
H. Rencaca Analisa Data	27
I. Jadwal Kegiatan	28
J. Sarana Penelitian	28

BAB V : HASIL PENELITIAN	
A. Analisis Data Univariat	29
1. Variabel Lama Rawat	32
2. Variabel Kecemasan	33
3. Data Demografi	35
B. Analisis Bivariat Hubungan Lama rawat dengan Kecemasa keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta	38
BAB VI : PEMBAHASAN	
A. Interpretasi data Penelitian	39
B. Keterbatasan Penelitian	43
BAB VII: KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	44
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	ix
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN	x
KUISIONER PENELITIAN	xi



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Intensif Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang terpisah, dengan staf yang khusus dan perlengkapan khusus ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien – pasien yang menderita penyakit mengancam jiwa dengan prognosis dubia (DepKes, 2003).

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pelayanan rumah sakit terus berkembang dengan menggunakan peralatan canggih yang mutakhir. Peralatan tersebut berfungsi untuk diagnostik, intervensi, atau pun tindakan invasif untuk menangani masalah kesehatan pasien.

Intensif Care Unit adalah instalasi rumah sakit yang memiliki standar pelayanan dengan teknologi canggih, misalkan ventilator, DC Syok, Monitor EKG, Blood Presser Monitor, CAVH, CVVH, dll. Tentunya biaya investasi alat tersebut sangatlah mahal. Pihak rumah sakit akan membebankan biaya tersebut ke tarif pelayanan di ICU, sehingga biaya ICU sangatlah mahal.

Berdasarkan survey di beberapa rumah sakit di Jakarta biaya perawatan pasien di ICU perhari mencapai Rp 5.000.000 - Rp7500.000, belum dengan biaya obat – obatan dan tindakan tertentu. ICU RS Haji Jakarta memberlakukan tarif pada pasien ICU tanpa ventilator Rp 5000.000 dan dengan ventilator Rp 6500.000. dengan tempat tidur yang terbatas pasien yang akan masuk ICU pun memiliki kriteria tertentu. Kriteria pasien masuk ICU adalah kondisi pasien yang kritis, memerlukan bantuan hidup lanjut dan memiliki harapan hidup. Pasien dirawat memerlukan alat bantu nafas dan monitoring ketat. Berdasarkan survey di ICU RS haji Jakarta, tiap bulan merawat pasien 40 – 50 pasien per bulan

Berdasarkan survey LOS di ICU RS Haji Jakarta rata – rata 4 – 6 hari. Tentunya biaya perawatan cukup membengkak. Berdasarkan data rekam medik biaya perawatan pasien di ICU haji rata – rata 30 – 150 juta, tergantung dari lama dan tindakan yang sudah dilakukan. Tingkat pendidikan dan sosial ekonomi keluarga pasien sangat bervariasi.

Universitas Indonesia

Sehingga dengan biaya perawatan yang tinggi, sangat memberatkan bagi pasien.

Dukungan peralatan canggih dan tenaga kesehatan yang terampil dan terlatih di ICU tentunya keluarga sangat mengharapkan pasien segera sembuh dan pindah dari ruang ICU. Pada kenyataannya pasien bisa berhari – hari atau berminggu – minggu bahkan ada yang 1 bulan lebih berada di ICU. Sehingga akan menjadi stimulus kecemasan bagi keluarga. Bahkan bagi sebagian keluarga dengan banyaknya peralatan yang melekat pada badan pasien untuk monitoring dan obat – obatan seperti syringe pump, infuse pump, intubasi, ventilator, BPM, EKG Monitor, terkadang menimbulkan kecemasan pasien dan keluarga.

Beberapa penelitian yang mendukung dilakukan oleh Sukoco (2002) mengenai mengidentifikasi tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen. Dari hasil penelitian ini menunjukkan tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen adalah 83,3%, sedangkan tingkat kecemasan terendah adalah 52,1%. Selain itu Angraeni (2002) melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi lama rawat di ruangan Medical Bedah RS Cipto Mangunkusumo. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini adalah sebagai berikut : Rata-rata lama rawat pra bedah pada keseluruhan sampel ialah 19,28 hari. Terdapat 4 faktor yang berhubungan dengan lama rawat pra bedah pada pasien secara keseluruhan , yaitu kondisi medis, jenis tindakan, keterlibatan sub bagian lain, dan faktor yang tidak berpengaruh terhadap lama rawat pra bedah pada keseluruhan sampel ialah pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan pengalaman peneliti selama bekerja di ICU RS Haji Jakarta, banyak keluarga pasien mengindikasikan respon kecemasan dari respon ringan sampai berat. Keluarga sering menanyakan bagaimana perkembangan pasien, mengapa belum kunjung sembuh, mengapa dilakukan tindakan ini dan kapan akan segera pindah dari ruang ICU. Keluarga ada yang tampak murung, menangis, tidak bisa tidur berhari – hari, sakit perut dan diare dan bahkan ada beberapa keluarga yang pingsan

mengetahui pasien prognosinya dubia ad malam. Oleh karena itu bagi peneliti ini merupakan fenomena menarik perhatian, apakah lama rawat akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga.

B. Rumusan masalah

Keadaan pasien kritis yang dirawat di ICU dalam kurun waktu yang cukup lama dapat menjadi stresor bagi keluarga pasien terutama kerabat terdekat sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Pada awalnya mungkin keluarga penuh harap dan semangat untuk kesembuhan pasien, tapi setelah beberapa hari, minggu atau bahkan bulan pasien tidak ada tanda – tanda perbaikan klinis. Sehingga keluarga mulai merasakan perasaan sedih, berduka, marah, putus asa, tidak berdaya dan bahkan dapat terjadi depresi.

Mencermati keadaan seperti diatas peneliti tertarik untuk mengetahui dengan jelas tentang hubungan lama rawat pasien dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU RS Haji Jakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi hubungan antara lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi lama rawat pasien ICU/ ICCU RS Haji Jakarta
- b. Mengidentifikasi gambaran faktor - faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien/keluarga ICU/ ICCU RS Haji Jakarta
- c. Mengidentifikasi respon perilaku pasien dan keluarga terhadap kecemasan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Institusi Rumah Sakit

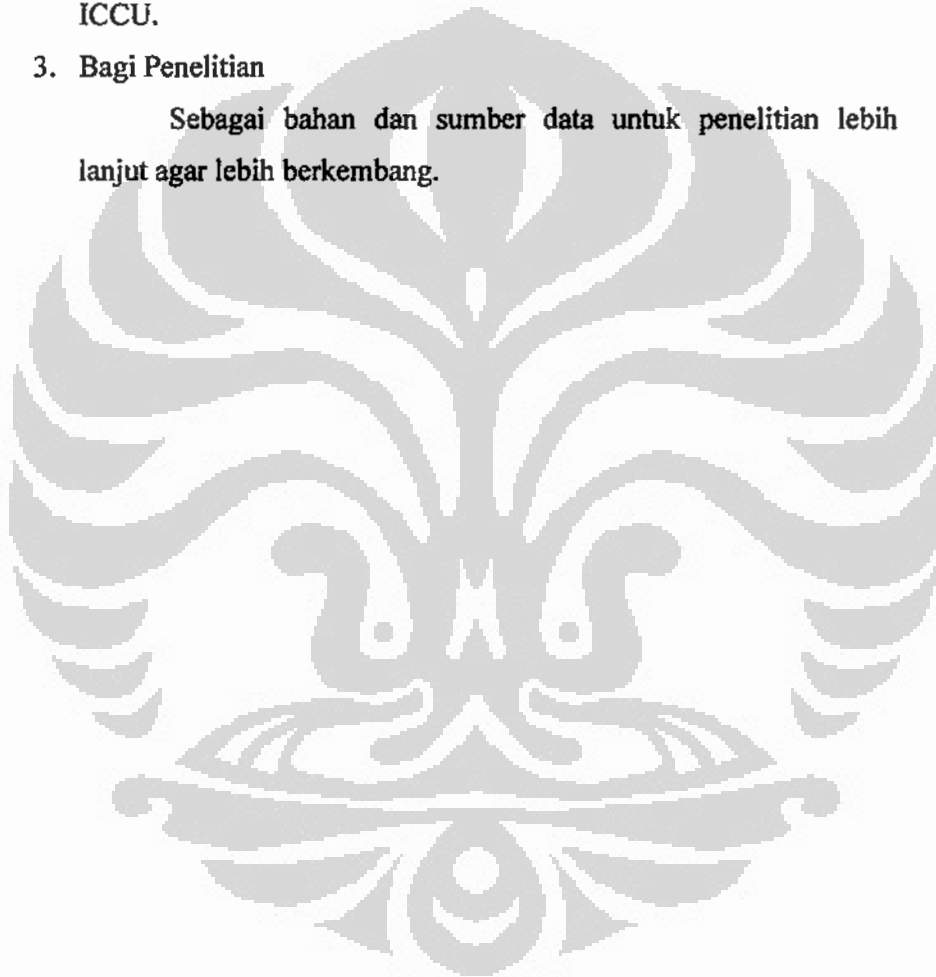
Memberikan masukan untuk membuat rencana keperawatan terutama dukungan mekanisme coping yang konstruktif dan mencegah terjadinya perasaan cemas tingkat sedang sampai berat.

2. Bagi Ilmu Keperawatan

Menambah ilmu pengetahuan tentang dampak lama hari rawat terhadap kecemasan yang dialami keluarga di Ruang ICU / ICCU.

3. Bagi Penelitian

Sebagai bahan dan sumber data untuk penelitian lebih lanjut agar lebih berkembang.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. KECEMASAN / ANSIETAS

1. Definisi

Kecemasan adalah keadaan yang tidak menyenangkan dan tidak merasa nyaman (Hamid, 1999). Disamping itu menurut Stuart and Sundeen (1998) menyatakan bahwa kecemasan adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, interval, samar-samar atau konfliktual. Kecemasan merupakan perasaan individu dan pengalaman subyektif yang tidak dapat diamati secara langsung dan perasaan tanpa obyek yang spesifik dipacu oleh ketidaktahuan dan didahului oleh pengalaman baru.

Gangguan rasa cemas merupakan gejala utama (cemas yang merata atau panik) atau rasa cemas yang dialami bila individu tidak menghindari situasi tertentu atau terpaksa pada pikiran tertentu. Penyebab kecemasan bisa timbul karena berbagai hal, tetapi secara umum kecemasan ditimbulkan karena bahaya yang terdapat dalam diri manusia sendiri yaitu stimulus internal atau juga bahaya dari luar yang bersangkutan ditafsirkan lain karena adanya distorsi persepsi dari realitas eksternal.

Kondisi seseorang yang dirawat di ICU dan keluarga yang menunggu, menunjukkan suatu kejadian yang dirasakan penuh ketidakpastian sehingga menimbulkan perasaan cemas, bahkan ada yang berlanjut sampai panik, karena rapat memunculkan reaksi psikologis pada pasien (Stuart and Sandeen, 1998).

Cemas merupakan respon emosi tanpa objek yang spesifik (Stuart & Laraia, 2001). Cemas merupakan kebingungan, ketakutan pada sesuatu yang akan terjadi tetapi penyebabnya tidak jelas, yang disertai perasaan tidak menentu dan tidak berdaya. Cemas dapat dialami oleh individu pada setiap tahap perkembangan, mulai sejak bayi dan berlangsung terus sepanjang kehidupan, pada klien yang akan di operasi umumnya akan mengalami suatu pengalaman traumatik, seperti perpisahan dan kehilangan

yang akan menimbulkan kelemahan fisik dan memberikan respon cemas, untuk itu diperlukan support dari orang-orang terdekat klien yaitu keluarga.

Cemas merupakan pengalaman seseorang dari mulai lahir hingga meninggal, termasuk persepsi terhadap dirinya dan hubungan sosial (Stuart dan Sundeen, 1998). Jadi cemas adalah perasaan tidak senang yang khas yang disebabkan oleh dugaan akan bahaya atau frustrasi yang mengancam dan membahayakan rasa aman, keseimbangan atau kehidupan seseorang.

Ketidakpastian dapat menimbulkan kecemasan yang berwujud pada ketegangan, tidak aman, kekhawatiran, yang timbul karena dirasakan akan mengalami kejadian yang tidak menyenangkan. Beratnya tanggung jawab yang dipikul menyebabkan timbulnya berbagai kecemasan akan kehidupan yang akan dilalui di masa yang akan datang.

Kecemasan dapat ditimbulkan oleh beberapa sebab seperti sering mengalami frustrasi, pengalaman yang tidak menyenangkan, berhubungan dengan masa depan dan lain-lain. Perwujudan kecemasan sangat sulit diketahui, tetapi dapat diamati dari reaksi-reaksi yang ditimbulkannya. Freud (Stuart and Laraia (2001) menjelaskan bahwa individu dalam kehidupannya sehari-hari selalu ingin mendapatkan kepuasan.

Peranan lingkungan terhadap diri individu dan mereduksi ketegangan, tetapi sebaliknya lingkungan juga dapat mengecewakan individu dan menimbulkan perasaan tidak aman sehingga individu akan merasa cemas, takut dan tegang. Jika ketegangan tersebut tidak bisa dikontrol, terjadilah kecemasan pada diri individu. Keadaan cemas yang wajar merupakan respons terhadap adanya ancaman atau bahaya luar yang nyata jelas dan tidak bersumber pada adanya konflik. Sedangkan cemas yang sakit (anxietas) merupakan respons terhadap adanya bahaya yang lebih kompleks, tidak jelas sumber penyebabnya, dan lebih banyak melibatkan konflik jiwa yang ada dalam diri sendiri.

Cemas itu timbul akibat adanya respons terhadap kondisi stress atau konflik. Rangsangan berupa konflik, baik yang datang dari luar

kecemasan yaitu *primary anxiety*, dimana keadaan menegangkan yang disebabkan faktor luar, sedangkan *sub sequent anxiety* dipandang sebagai konflik emosi diantara elemen kepribadian-kepribadian yaitu *id, ego, super ego*.

2) Teori interpersonal

Kecemasan timbul akibat ketakutan atau ketidakmampuan untuk berhubungan secara interpersonal, serta sebagai akibat penolakan. Hal ini dikaitkan dengan trauma perkembangan, perpisahan, kehilangan dan lain sebagainya. Aspek kecemasan dari hubungan perawat-klien, pertama kecemasan ringan-sedang di ekspresikan dari kecemasan individu, kedua area dalam kepribadian yang disaat kecemasan sering menjadi area penting dalam pertumbuhan, dimana dalam hubungan terapeutik individu belajar untuk mengatasi kecemasan secara konstruktif.

3) Teori perilaku

Cemas merupakan hasil frustrasi dari segala sesuatu yang mengganggu kemampuan untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli perilaku menganggap cemas merupakan sesuatu dorongan yang dapat dipelajari berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Teori ini meyakini bahwa manusia pada awal kehidupannya dihadapkan oleh rasa takut yang berlebihan akan kemungkinan cemas yang berat pada kehidupan masa dewasanya.

4) Teori biologi

Dalam otak terdapat reseptor spesifik terhadap benzodiazepin, reseptor ini dapat mengatur timbulnya kecemasan. GABA (Gama Amino Batiric Acid) merupakan neurotransmitter penting dalam mengatur inhibisi presipnatik dalam susunan sarap pusat. Efektifitas benzodiazepines dalam pengobatan klien cemas antara lain melalui keterlibatan GABA dalam patofisiologi dari kecemasan disertai dengan gangguan fisik yang menurunkan kapasitas seseorang dalam menghadapi stresor seperti adanya

maupun dalam diri sendiri, itu akan menimbulkan respons dari sistem saraf yang mengatur pelepasan hormon tertentu. Akibat pelepasan hormon tersebut, maka muncul perangsangan pada organ-organ seperti lambung, jantung, pembuluh daerah maupun alat-alat gerak. Karena bentuk respon yang demikian, penderita biasanya tidak menyadari hal itu sebagai hubungan sebab akibat (Stuart, and Sundeen, 1998).

Setiap kecemasan selalu melibatkan komponen kejiwaan maupun organ biologik walaupun pada tiap individu bentuknya tidak sama. Kebanyakan gejala tersebut merupakan penampakan dari terangsangnya sistem saraf otonom maupun visceral. Penderita ada yang mengeluh menjadi sering kencing atau malah sulit kencing, mulas, mencret, kembung, perih di lambung, keringat dingin, berdebar-debar, darah tinggi, sakit kepala dan sesak napas. Pada sistem alat gerak dapat timbul kejang-kejang, nyeri otot, keluhan seperti rematik dan lainnya.

2. Teori yang menjelaskan terjadinya cemas

a. faktor predisposisi

Menurut Stuard and Laraia (2001) ada berbagai teori dikembangkan untuk menjelaskan tentang kecemasan, diantaranya adalah :

1) Teori Psikoanalisa

Menurut Freud struktur kepribadian terdiri dari 3 elemen yaitu *id*, *ego* dan *super ego*. *Id* melambangkan dorongan insting dan impuls primitive, *super ego* mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma – norma budaya seseorang, sedangkan *ego* digambarkan sebagai mediator antara tuntutan dari *id* dan *super ego*. Ansietas merupakan konflik emosional antara *id* dan *superego* yang berfungsi untuk memperingatkan *ego* tentang sesuatu bahaya yang perlu diatasi.

Freud memandang bahwa pada kecemasan tubuh akan secara otomatis apabila kita menerima stimulus yang berlebihan melampaui kemampuan untuk menanganinya. Stimulus tersebut dapat berasal dari dalam atau dari luar dirinya. Selanjutnya digambarkan dua taju

perubahan dalam sistem kardiovaskuler, pernapasan dan gastrointestinal.

b. faktor presipitasi

Menurut Stuart and Sundeen (1998), stresor presipitasi dari kecemasan ini dapat disebabkan oleh berbagai sumber yaitu sumber internal maupun sumber eksternal:

1) Ancaman terhadap integritas fisik

Merupakan ketidakmampuan fisiologis atau penurunan kapasitas seseorang untuk melakukan aktifitas sehari-hari meliputi : sumber eksternal : bisa disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri, polusi, lingkungan, ancaman keselamatan, injury; sedangkan sumber internal : merupakan kegagalan mekanisme fisik seseorang seperti jantung, sistem imun, termoregulator menurun, perubahan biologis normal seperti kehamilan.

2) Ancaman terhadap self esteem

Merupakan sesuatu yang terjadi yang dapat merusak identitas harapan diri dan integritas fungsi sosial meliputi sumber eksternal : berbagai kehilangan seperti kehilangan orang tua, teman dekat, perceraian, perubahan status pekerjaan, pindah rumah, tekanan sosial termasuk didalam penelitian ini adalah lama rawat. Sedangkan sumber internal : kesulitan dalam hubungan interpersonal dalam rumah, ditempat kerja, di masyarakat.

3. Rentang respon / tingkatan kecemasan

Untuk mengetahui tingkat kecemasan dapat digunakan skala Hamilton Anxiety Scale yang dapat memodifikasi Analog Anxiety Scale (AAS), Anxiety dari Catel, Manifest Anxiety Quistionary dari Sarasor (Hidayat.A, 2007). Pada penelitian ini data dikumpulkan menggunakan TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale). Kuesioner TMAS ini diciptakan oleh Taylor pada tahun 1953 di Universitas Nort Westrn dan terdiri dari 50 item pertanyaan.

Rentang respon sehat sakit dapat dipakai untuk menggambarkan respon adaptif dal maladaptive pada ansieta. Cemas memiliki rentang dari ringan sampai panik.

Menurut Peplau (1968) rentang cemas meliputi: ringan, sedang, berat dan panik (Stuart dan Sundeen,1998)

Adaptif ←————→ mal adaptif

Antisipatif ringan sedang berat

Panik

a. respon ringan

1) respon fisiologis

- ✓ sesekali nafas pendek
- ✓ nadi dan tekanan darah naik
- ✓ gejala ringan oada lambung
- ✓ muka berkerut dan bibir bergetar

2) respon kognitif

- ✓ lapang persepsi yang meluas
- ✓ mammpu menerima rangsangan kompleks
- ✓ konsentrasi masalah
- ✓ menyelesaikan masalah secara efektif

3) respon prilaku dan emosi

- ✓ tidak dapat duduk tenang
- ✓ tremor halus pada tangan
- ✓ suara kadang- kadang meninggi.

b. Cemas sedang

pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun.

Individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan

mengesampingkan hal lain.

1) respon fisiologis

- sering nafas pendek
- nadi dan tekanan darah maik

- mulut kering
- anoreksia
- diare / konstipasi
- gelisah
- 2) respon kognitif
 - lapang persepsi menyempit
 - Rangsang luar tidak mampu diterima
 - Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya
- 3) respon perilaku dan emosi
 - gerakan tersentak – sentak (meremas tangan)
 - bicara banyak dan lebih cepat
 - susah tidur
 - perasaan tidak aman

c. Cemas berat

Pada cemas berat lahan persepsi menjadi sangat sempit. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan / tuntutan

1) respon fisiologis

- nafas pendek
- nadi dan tekanan darah naik
- berkeringat dan sakit kepala
- penglihatan kabur
- ketegangan

2) respon kognitif

- lapang persepsi sangat menyempit
- tidak mampu menyelesaikan

3) respon perilaku dan emosi

- perasaan ancaman meningkat
- verbalisasi cepa

d. Panik

Pada tahap ini lapangan persepsi sudah terganggu dan individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak melakukan apa – apa walaupun sudah diberikan pengarahan dan tuntunan.

Panik ditandai dengan :

- perasaan putus asa dengan kehilangan control secara total
- mulai timbul marah, menangis, manarik diri, berlari
- tidak mampu mengenal dirinya, lingkungan waktu ataupun orang lain.
- Pupil dilatasi, tekanan darah menurunun, hipotensi, wajah pucat dan dingin tidak mampu mengenal stimulus – stimulus dan koordinasi motorik halus

4. Karakteristik Kecemasan

Menurut Carpenito (2000), kecemasan berasal dari sumber internal maupun eksternal, stressor pencetus dapat dikelompokkan dalam kategori yaitu ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidak mampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas sehari-hari, ancaman terhadap sistem diri sendiri dapat membahayakan identitas harga diri, dari fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

Menurut Carpenito (2000), sindrom kecemasan bervariasi tergantung dengan tingkat kecemasan yang dialami seseorang dimana manifestasi gejalanya terdiri:

1) Gejala fisiologis

Peningkatan frekuensi nadi, tekanan darah, nafas, diaforesis (berkeringat), gemetar, mual, kadang sampai muntah, sering BAK atau BAB, kadang sampai diare, insomnia, kelelahan dan kelemahan, kemerahan atau pucat pada wajah, mulut kering, nyeri khususnya dada , pinggang, leher, gelisah, pingsan, pusing, rasa panas dingin.

2) Gejala emosional

Individu mengatakan merasa ketakutan dan ketidakberdayaan, gugup, kehilangan proyeksi diri, tegang, tidak dapat rileks, individu juga memperlihatkan peka terhadap rangsangan, tidak sabar, mudah marah, mudah menangis, cenderung menyalahkan orang lain, mengkritik diri sendiri dan orang lain, menarik diri, kurang inisiatif, dan mengutuk diri sendiri.

3) Gejala kognitif

Tidak mampu berkonsentrasi, kurangnya orientasi lingkungan, pelupa, termenung, orientasi pada masa lalu dari saat ini dan yang akan datang, memblok pikiran atau ketidak mampuan untuk mengingat, dan perhatian yang berlebihan.

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi kecemasan

Adapun faktor- faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain:

1) Tingkat pengetahuan

Kecemasan adalah respon manusia yang dapat dipelajari, sehingga ketidaktahuan menjadi faktor penunjang terjadinya kecemasan. Pengalaman terhadap sesuatu yang pernah dialami seseorang juga akan mengubah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat non formal dan sering dibawa dalam situasi yang sama atau mendekati situasi yang pernah terjadi pada dirinya.

2) Tingkat pendidikan

status pendidikan yang rendah akan menyebabkan seseorang mengalami stress, dimana stress dan kecemasan yang terjadi pada pendidikan yang rendah disebabkan kurangnya informasi.

3) Umur

Umur yang lebih muda akan mengalami tingkat stress dan kecemasan yang lebih tinggi daripada yang berusia tua.

6. Mekanisme koping kecemasan

Jika mengalami kecemasan individu akan menggunakan koping untuk mencoba mengurangi kecemasan (Stuart, and Sundeen,1995). Ketidakmampuan individu untuk mengatasi kecemasan secara konstruktif adalah penyebab utama terbentuknya perilaku mal adaptif. Koping yang biasa digunakan oleh seseorang pada respon kecemasan adalah menangis, tidur, makan, tertawa, olah raga, berkhayal, minum-minuman.

Dalam hubungan interpersonal seseorang akan menghindari kontak mata, menggunakan kata-kata klise atau menarik diri. Pada kecemasan tingkat sedang, berat, dan panik merupakan ancaman berat pada ego, sehingga memerlukan energi untuk mengatasi ancaman yaitu dengan menggunakan mekanisme koping.

Menurut Potter and Perry, (2005) ada 2 macam mekanisme koping :

a. Reaksi berorientasi pada tugas (Task oriented reaktion)

Cara ini digunakan untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik dan memenuhi kebutuhan. Ada 3 macam reaksi berorientasi pada tugas yaitu perilaku menyerang : dapat konstruktif (akan bertindak asertif) dan dapat juga destruktif (akan bertindak agresif dan bermusuhan); perilaku menarik diri (*with drawl behavior*) : bisa secara fisik berupa melarikan diri atau menarik diri dari sumber stress (menjauhi polusi, menjauhi sumber infeksi), bisa juga secara psikologis yaitu apatis, mengisolasi diri, tidak berminat, sering disertai perasaan takut dan bermusuhan; kompromi (*compromise*), ini merupakan cara yang konstruktif yaitu terjadi pendekatan dan penyelesaian masalah dengan negosiasi.

b. Reaksi berorientasi pada ego (*ego oriented reaction*)

Sering disebut mekanisme pertahanan mental. Reaksi ini berguna untuk melindungi diri yang merupakan garis pertahanan jiwa pertama. Setiap orang menggunakan mekanisme pertahanan :

dan sering berubah untuk mengatasi kecemasan ringan dan sedang karena dapat melindungi individu dari perasaan tidak adekuat, tidak berguna, tidak berharga, dan mencegah kesadaran terhadap cemas. Jika berlangsung lama dapat mengakibatkan gangguan orientasi realistik, hubungan interpersonal dan menurunnya produktivitas. Koping ini berorientasi secara tidak sadar sehingga penyelesaian sering tidak realistik.

Mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan untuk mengatasi kecemasan (Stuart, and Sundeen, 1998), antara lain :

- 1) Rasionalisasi : suatu usaha untuk menghindari konflik jiwa dengan memberi alasan yang rasional.
- 2) Displacement : pemindahan tingkah laku kepada tingkah laku yang bentuknya atau obyeknya lain.
- 3) Identifikasi : cara yang digunakan individu untuk menghadapi orang lain dan membuatnya menjadi bagian kepribadiannya, ia ingin serupa orang lain dan bersifat seperti orang itu.
- Over kompensasi / reaction formation : tingkah laku yang gagal mencapai tujuan, dan tidak mengakui tujuan pertama tersebut dengan melupakan dan melebih-lebihkan tujuan kedua yang biasanya berlawanan dengan tujuan yang pertama.
- 4) Introspeksi : memasukan dalam pribadi sifat-sifat dari pribadi orang lain.
- 5) Represi : konflik pikiran, impul-impuls yang tidak dapat diterima dengan paksaan, ditekan ke dalam alam tidak sadar dan sengaja dilupakan.
- 6) Supresi : menekan konflik, impul-impuls yang tidak dapat diterima dengan secara sadar. Individu tidak mau memikirkan hal-hal yang kurang menyenangkan dirinya.
- 7) Denial : mekanisme perilaku penolakan terhadap sesuatu yang tidak menyenangkan dirinya.

- 8) Fantasi : apabila seseorang ,menghadapi konflik-frustasi, ia menarik diri dengan berkhayal atau fantasi, melamun.
- 9) Negativisme : perilaku seseorang yang selalu bertentangan atau menentang otoritas orang lain dengan tingkah laku tidak terpuji

B. LAMA RAWAT

Lama rawat berhubungan erat dengan mutu dan efisiensi rumah sakit, dan jumlah pengeluaran biaya oleh keluarga pasien, agar dapat mewujudkan kepuasan pasien dan keluarga pasien. dengan mengetahui faktor-faktor yang terkait dengan lama rawat, maka hal tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh RSJP Semarang tentang faktor – faktor yang mempengaruhi lama rawat pada kesimpulannya adalah variabel yang berhubungan dengan lama rawat yaitu umur, perawatan sebelumnya, dan alasan pemulangan pasien.

Memanjangnya lama rawat secara umum dan pasien di ICU / ICCU secara khusus merupakan masalah inefisiensi bagi rumah sakit. Di samping itu bagi pasien memanjangnya lama rawat ini menyebabkan bertambahnya biaya yang harus dikeluarkan sehingga kepuasan terhadap rumah sakit akan berkurang.

C. Penelitian terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Sutati (2001) yang berjudul “gambaran tingkat kecemasan orang tua yang sedang menunggu bayinya di NICU RS Harakan Kita” menyatakan 40,67 % cemas berat, 32,67 kecemasan sedang, 23,06 % kecemasan rendah dan 3, 6 % tidak mengalami kecemasan.

Penelitian yang dilakukan oleh Sukoco (2002) mengenai mengidentifikasi tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen. Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif dengan jumlah sampel 20 responden. Cara

pengambilan sampel adalah Accedental Sampling. Dari hasil penelitian dan pengolahan data didapatkan skor tertinggi dari tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen adalah 83,3 %, sedangkan tingkat kecemasan terendah adalah 52,1 %.

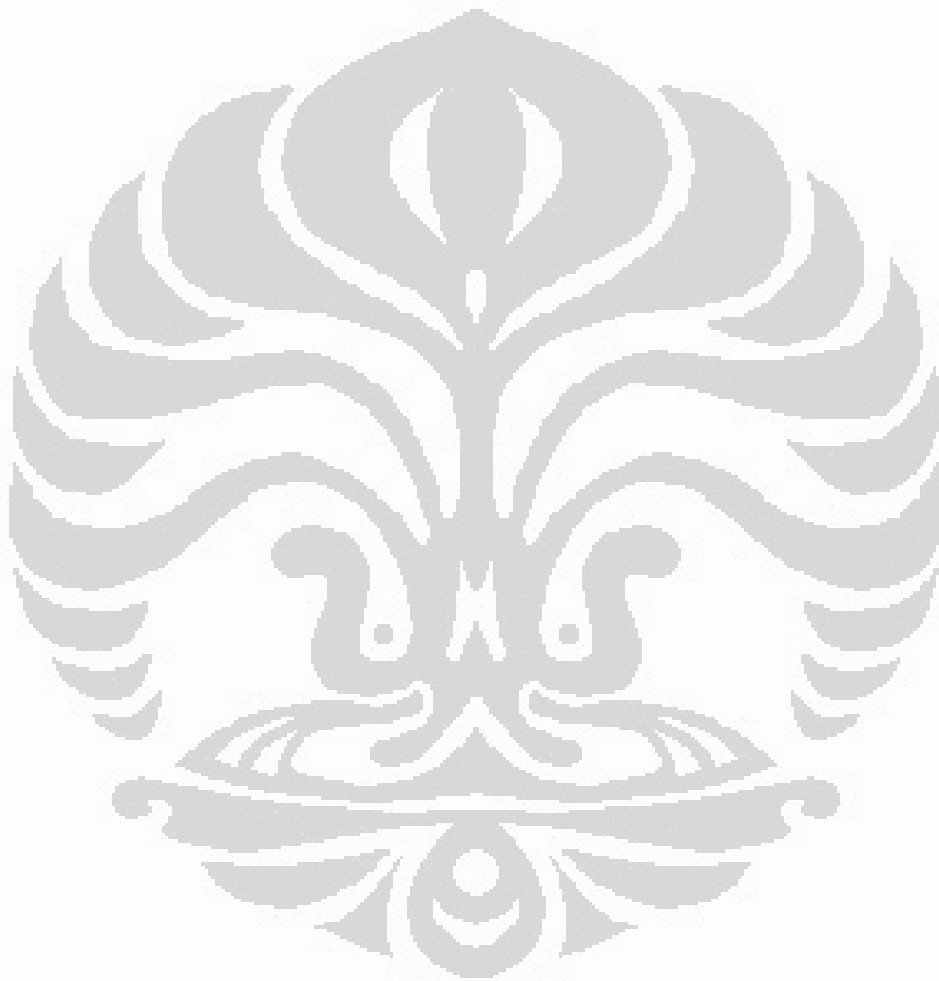
Penelitian yang dilakukan oleh Fitria (2009), melakukan penelitian tingkat kecemasan pada pasien pre oprasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Kesimpulan dari penelitian ini didapatkan kurang lebih 60% mengalami kecemasan dari tingkat yang ringan sampai berat, dengan rincian cemas ringan sebanyak 3 orang, cemas sedang 2 orang, cemas berat 1 orang, dan 10% diantaranya ada yang sampai mengalami penundaan operasi karena mengalami kecemasan yang berat dan kurang lebih 30% tidak mengalai kecemasan. Ternyata penyebab utama kecemasan yang dialami pasien adalah ketakutan pasien terhadap proses pelaksanaan operasi dan proses sesudahnya

Angraeni (2002) melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi lama rawat di ruangan Medical Bedah RS Cipto Mangunkusumo. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini adalah sebagai berikut : Rata-rata lama rawat pra bedah pada keseluruhan sampel ialah 19,28 hari. Pada pasien dengan kondisi 1 tindakan medis berat ialah 24,92 hari, sedangkan pada pasien dengan kondisi 1 tindakan medis sedang ialah 11,47 hari. Kesimpulan utama yang diperoleh adalah sebagai berikut :

1. Terdapat 4 faktor yang berhubungan dengan lama rawat pra bedah pada pasien secara keseluruhan , yaitu kondisi medis, jenis tindakan, keterlibatan sub bagian lain,
2. Faktor yang tidak berpengaruh terhadap lama rawat pra bedah pada keseluruhan sampel ialah pemeriksaan penunjang.

Penelitian yang dilakukan oleh Utami (2002), tentang mekanisme coping yang digunakan oleh orang tua dengan anak yang dirawat di ruang ICU RSUPN Cipto Mangunkusumo adalah mencari dukungan social dengan nilai mean 4,02, Reframing (mengkaji ulang stress) 4,14, mencari

dukungan spiritual 4,70, mengerjakan untuk menerima dan memperoleh dan menerima bantuan 4,20, menerima masalah dengan penilaian pasif 4,1



Universitas Indonesia

BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Agar penelitian lebih terarah, maka perlu diberi batasan serta ketegasan terhadap setiap variabel yang tercakup dalam penulisan, penelitian ini dalam bentuk kerangka konsep. Dengan demikian diharapkan dapat terhindar dari kesalahan-kesalahan pengertian.

Kerangka konsep merupakan struktur yang abstrak, logis tentang arti yang menuntun penelitian dan kemungkinan peneliti untuk menghubungkan hasil penelitian dengan batang tubuh pengetahuan perawatan (Burn & Grove, 1995).

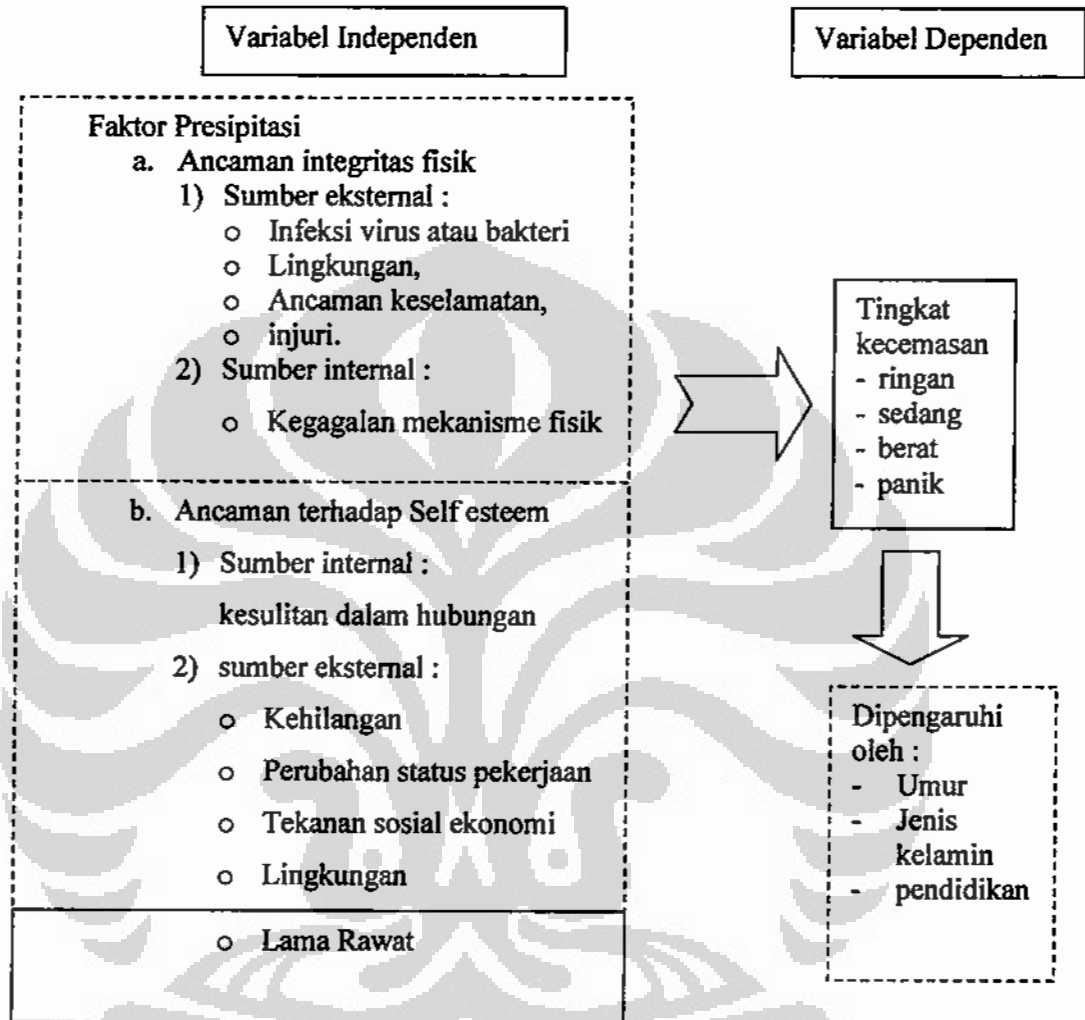
Berdasarkan landasan teoritis yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka kerangka konsep pada penelitian "Hubungan lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta".

B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat / aspek dari orang maupun objek yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Hidayat, A 2007). Sedangkan Burn & Grove (1995), mengatakan bahwa yang dimaksud variabel penelitian adalah konsep berbagai tingkat abstrak yang diukur, dimanipulasi yaitu data yang akan dilakukan intervensi dan dikontrol dalam suatu penelitian ini. Adapun variabel penelitian yang kami lakukan adalah :

1. Variabel Independent : Lama rawat.
2. Variabel Dependen : Tingkat kecemasan.

C. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

----- : Tidak diteliti.

_____ : Yang diteliti

D. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep maka hipotesis penelitian adalah sebagai berikut :

Ho : Tidak ada hubungan yang bermakna antara lama rawat pasien ICU dengan tingkat kecemasan keluarga.

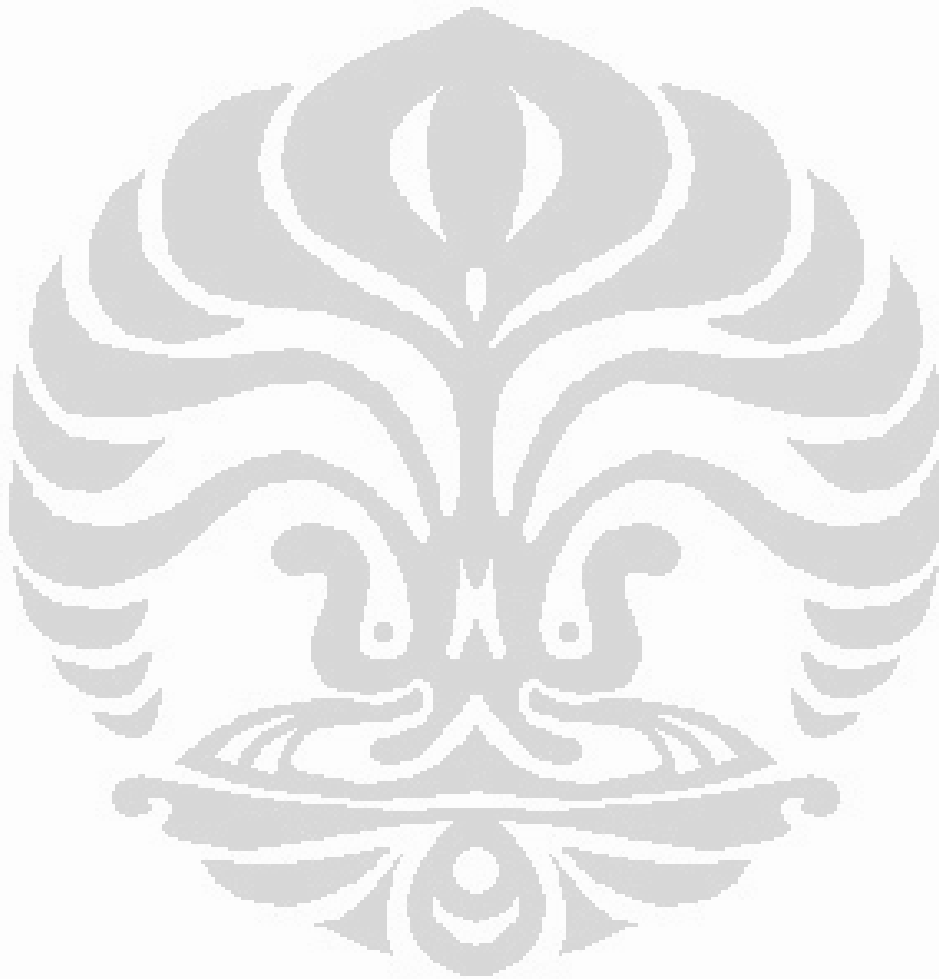
Ha : Ada hubungan yang bermakna lama rawat pasien di ICU dengan tingkat kecemasan keluarga

E. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
Variabel Independen: Lama Rawat	Jumlah hari Perawatan pasien dirawat di ICU / ICCU RS Haji Jakarta. Dihitung dari hari pertama masuk sampai waktu saat kita melakukan observasi dan wawancara	Wawancara	Kuesioner	1. Cepat : < Median 2. Lambat : > Median	Ordinal
Variabel dependen: I. Kecemasan	Kecemasan merupakan perasaan yang dirasakan individu disebabkan adanya stimulus yang tidak menyenangkan. Reaksi kecemasan antara lain: Takut, menolak makan, lemas, berkeringat, dll.	Wawancara	Skala respon kecemasan 0- 56	Respon Kecemasan < 14 tidak ada kecemasan 14 20: ringan 21 – 27: sedang 28 - 41: berat 42 – 56 Panik (RRS-A (Hamilton Rating Scale for Anxiet Hidayat, 2007.)	Ordinal

2. Karakteristik					
Jenis kelamin	Perbedaan Berdasarkan fungsi reproduksi manusia	Wawancara	Kuesioner	1. Laki-laki dan 2. perempuan	Nominal
Umur	Lama hidup umur pasien pada awal pengobatan dalam tahun berdasarkan ulang tahun yang terakhir pada saat penelitian	Wawancara/ Dengan mengajukan pertanyaan tentang tahun kelahiran atau usia pada ulang tahun terakhir	Kuesioner	Angka dalam tahun	Interval
Pendidikan	Sekolah formal responden terakhir	Wawancara/ Dengan mengajukan pertanyaan tentang pendidikan formal terakhir	Kuisisioner	Sekolah 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Akademi 5. Perguruan tinggi	Interval
Penghasilan	Sejumlah uang yang diterima dalam satu bulan sebagai hasil kerja	Wawancara	Kuisisioner	1. < 2 jt 2. 2 jt – 5 jt 3. 5 jt – 10 jt 4. 10 jt – 15 jt 5. > 15 jt	Interval
Pengetahuan	Nilai, sikap seseorang dalam menerima dan memahami informasi yang diberikan	Wawancara	Kuisisioner	1. Kurang jika < dari mean/median 2. Baik jika > dari mean/median	Ordinal
Hubungan dengan klien	Ikatan persaudaraan keluarga dengan klien yang dirawat di ICU	Wawancara	Kuisisioner	1. Suami 2. Istri 3. Ibu 4. Ayah 5. Anak	Ordinal

Pekerjaan	Pekerjaan yang dimiliki oleh responden	Wawancara	Kuisisioner	1. Tidak bekerja 2. Buruh 3. Swasta 4. PNS 5. Wiraswasta	Interval
-----------	--	-----------	-------------	--	----------



Universitas Indonesia

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi. Deskriptif korelasi adalah penelitian yang tujuannya untuk menjelaskan hubungan *variable – variable* (Lo Biondo-wood & habber, 2006). Penelitian dilakukan terhadap responden dengan menggunakan desain deskripsi *korelasi / cross sectional* yaitu pengumpulan data dari variabel bebas bersamaan waktunya dengan pengumpulan data variabel terikat untuk mendapatkan proporsi antara variabel bebas dan terikat dengan cara mengajukan pertanyaan tertutup melalui kuesioner yang dijawab oleh klien dan keluarga klien.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan pada tanggal 24 April 2009 sampai dengan 24 Mei 2009 setelah proposal penelitian disetujui. Pengumpulan sampel penelitian dilaksanakan di Ruang ICU / ICCU RS Haji Jakarta.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti (Hamid A.Y, 2007). Pada penelitian ini populasinya adalah semua keluarga pasien yang menunggu di ruang tunggu ICU RS Haji Jakarta. Berdasarkan data di Rekam medis rata – rata pasien di RS Haji Jakarta setiap bulan mencapai 40 orang. Jika setiap pasien ditunggu oleh 3 orang keluarga pasien maka populasi keluarga mencapai 120 orang.

2. Sampel

Sample adalah keseluruhan subjek yang akan diteliti dan dianggap mewakili populasi (Hamid, 2007). Pada penelitian ini sampel yang diambil adalah semua keluarga pasien yang menunggu di ruang tunggu ICI RS Haji Jakarta.

Pemilihan sampel secara *total Sampling*. Besarnya sampel yang dipakai adalah seluruh keluarga pasien di ruang tunggu ICU RS haji, dengan pertimbangan analisis yang menyangkut jumlah minimum sampel sehingga dapat dilakukan analisis kuantitatif jumlah sample menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{120}{1 + 120 \times (0,1)^2}$$

$$n = 99$$

keterangan :

N = Populasi

n = Sample

d = Tingkat kesalahan yang dipilih yaitu 0,1

dari perhitungan tersebut didapatkan jumlah sample penelitian adalah 99 orang. Untuk menghindari kesalahan dalam pengumpulan data, seperti data kuesioner yang kurang lengkap, maka peneliti menambah jumlah sample sebanyak 10 % menjadi 110 Orang.

3. Kriteria sampel

- a. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah karakteristik sampel yang dapat dipakai adalah :
 - 1) Keluarga pasien adalah keluarga terdekat dengan pasien, Ayah / Ibu atau anak.
 - 2) Setiap keluarga pasien yang diwawancarai hanya satu orang keluarga inti.
 - 3) Dapat membaca dan menulis.
 - 4) Bersedia dan mampu berpartisipasi dalam penelitian.
- b. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah sampel yang tidak layak untuk diteliti yaitu
 - 1) Tidak bersedia untuk diteliti
 - 2) Keluarga klien yang tidak kooperatif
 - 3) Keluarga selain keluarga inti.

D. Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengurus prosedur penelitian, mulai dari perijinan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kemudian mengadakan pendekatan terhadap calon responden yang akan diteliti, menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian. meminta persetujuan dari responden dengan menandatangani *informed consent* tanpa adanya paksaan.

Setelah itu peneliti membagikan angket kepada responden dan menjelaskan cara pengisiannya. *Anomity*, merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. *Confidentiality*, merupakan masalah etika dengan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah - masalah lainnya, semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

E. Alat Pengumpul Data

Alat yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah kuesioner yang mengacu kepada kerangka konsep penelitian. Adapun isi dari kuesioner tersebut mengacu pada kuisener yang berasal dari RRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*).

F. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini adalah:

1. Meminta surat ijin pada akademik FIK-UI untuk persetujuan
2. Meminta persetujuan pada penanggung jawab Departemen Keperawatan RS Haji Jakarta.
3. Peneliti memperkenalkan diri kepada calon responden dan menunjukkan surat ijin penelitian.
4. Memberi penjelasan tujuan penelitian dan mempersilakan responden menandatangani surat persetujuan menjadi responden

Universitas Indonesia

5. Memberi penjelasan tentang pengisian kuesioner
6. Memberi kesempatan responden untuk mengisi kuesioner dan bertanya bila ada keraguan.
7. Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi.
8. Mengakhiri pertemuan.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Setelah semua kuesioner dikumpulkan, peneliti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner. Data yang sudah lengkap selanjutnya diberi skoring atau nilai. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan grafik selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji *Chi Square*.

H. Rencana Analisis Data

Setelah kuisener terkumpul seluruhnya, tahapan pengolahan dan yang dilakukan peneliti adalah :

1. *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan kuisener. Hal ini dilakukan untuk memastikan kelengkapan, kejelasan, dan relevansi. Sehingga apabila terjadi kekurangan, peneliti bias segera meminta responden untuk melengkapinya.

2. *Coding*

Yaitu memberikan kode nomor jawaban yang diisi oleh responden dalam daftar pertanyaan. Masing – masing jawaban diberi kode angka sesuai dengan yang telah ditetapkan sebelumnya.

3. *Processing*

Data dimasukkan kedalam paket program computer untuk dianalisa

4. *Cleaning*

Agar hasil yang didapatkan lebih akurat maka data yang telah dimasukkan diperiksa kembali

I. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul penelitian		■	■	■												
2	Penyusunan proposal			■	■	■	■	■	■								
3	Pengumpulan proposal								■	■							
4	Mengurus perijinan							■	■	■							
5	Uji coba instrument/revisi								■	■							
6	Pengumpulan data									■	■	■	■				
7	Analisa data												■	■	■		
8	Penyusunan laporan													■	■	■	
9	Penyerahan laporan														■	■	■

J. Sarana Penelitian

Sarana yang digunakan dalam penelitian ini meliputi alat tulis, kalkulator, lembar kuesioner dan komputer serta sarana-sarana lain yang dapat membantu penelitian.

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Analisis Data Univariat

Kuisisioner penelitian tentang kecemasan diambil dari skala *Hamilton Anxiety Scale* yang dapat dimodifikasi *Analog Anxiety Scale* (AAS), *Manifest Anxiety Quistionary* dari Sarasor (Hidayat, 2007). Sehingga kuisisioner tersebut mengacu pada kuisisioner yang berasal dari RRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) sehingga sudah teruji reliabilitas dan validitasnya.

Dari hasil pengisian kuisisioner oleh responden kemudian dilakukan tabulasi data dan dilakukan input data dengan program komputer untuk dilakukan uji Univariat dan Uji Bivariat. Adapun hasil uji analisis tersebut adalah :

1. Analisis Univariat Data Numerik

Beberapa variable Lama rawat dan usia diberikan pertanyaan terbuka pada kuisisioner. Untuk melakukan pengkategorian menjadi 2 kelompok maka harus ditentukan dulu mean terlebih dahulu. Sehingga akan menghasilkan kategorik berdasarkan nilai mean.

Kuisisioner kecemasan akan menghasilkan skor kecemasan dengan rentang < 14 tidak kecemasan sampai dengan 56 pada kecemasan sangat berat (Panik) maka data dalam bentuk analisi univariat numerik sebagai berikut :

Table 1

Analisi Data Numerik

Nama variabel	Mean	Md	Mo	Min	Max	Sd	Histogram
Cemas	21,64	17,00	24	10	49	9,162	Tidak Normal
Lama Rawat	2,35	2,00	1	1	4	1,096	Normal
Usia	44,03	45,00	45	25	65	8,825	Normal

Dari hasil data numerik pada tabel 1 kemudian dikelompokkan berdasarkan kriteria yang terdapat pada definisi operasional sehingga akan menghasilkan data sebagai berikut :

Tabel 2
Analisi Univariat Data Kategorik

No	Variabel	Frekwensi	Persen
1.	Cemas		
	1. Tidak Ada Kecemasan	32 Responden	29,1 %
	2. Cemas Ringan	25 Responden	22,7 %
	3. Cemas Sedang	33 Responden	30,0 %
	4. Cemas berat	17 Responden	15,5 %
	5. Cemas Sangat Berat (Panik)	3 Responden	2,7 %
2	Cemas dengan 2 Kategorik		
	1. Cemas ($>$ Median)	57 Responden	51,8 %
	2. Tidak Cemas ($<$ Median)	53 Responden	48,2 %
3	Lama rawat		
	1. Rawat Cepat ($<$ Median)	51 responden	46,4 %
	2. Rawat Lama ($>$ Median)	53 Responden	53,6 %
4	Jenis Kelamin		
	1. Laki – Laki	39 Responden	35,5 %
	2. Perempuan	71 Responden	64,5 %
5	Pendidikan		
	1. Tidak sekolah	4 Responden	3,6 %
	2. SD	19 Responden	17,3 %
	3. SMP	30 Responden	27,3 %
	4. SMU	32 Responden	31,8 %
	5. Perguruan Tinggi	22 Responden	20,0 %

6	Pengetahuan Responden		
	1. Tidak tahu kondisi pasien	20 responden	18,2 %
	2. Tahu kondisi pasien	90 Responden	81,8 %
	Pekerjaan		
	1. Tidak bekerja	5 Responden	4,5 %
	2. Buruh	30 Responden	27,3 %
	3. Swasta	43 Responden	39,1 %
	4. PNS	21 Responden	19,1 %
	5. Wiraswasta	11 Responden	10,0 %
7	Penghasilan		
	1. < Rp 2000.000	24 Responden	21,8 %
	2. Rp 2000.000 – Rp 5000.000	40 Responden	36,4 %
	3. Rp 5000.000 – Rp 10.000.000	32 Responden	29,1 %
	4. Rp 10.000.000 – Rp 15.000.000	14 Responden	12,7 %
8	Hubungan dengan klien		
	1 Suami	26 Responden	23,6 %
	2. Istri	31 Responden	28,2 %
	3. Ibu	33 Responden	30,0 %
	4. Ayah	14 Responden	12,7 %
	5. Anak	6 Responden	5,5 %

Dari hasil interpretasi analisis data kategorik pada tabel 2 agar maka dibuatkan tabel diagram histogram untuk lebih memberikan gambaran data hasil penelitian yang diperoleh

1. Variabel Lama Rawat

Diagram 1

Gambaran lama rawat pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada mei 2009

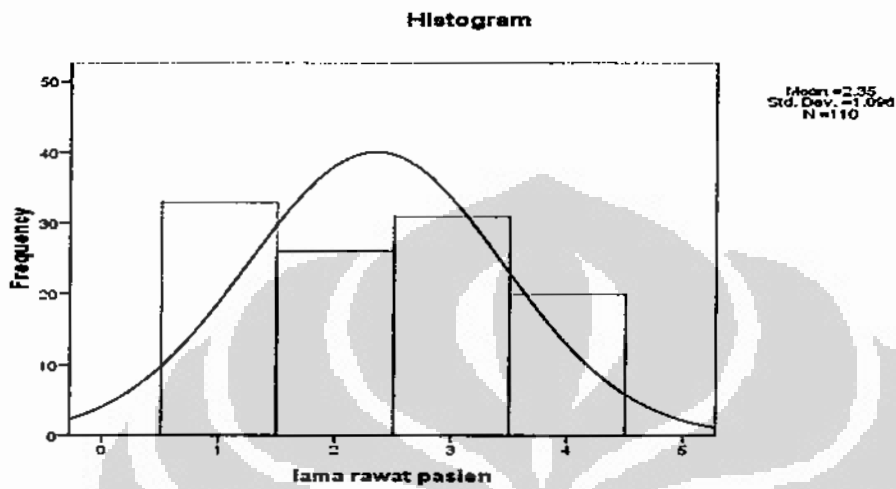
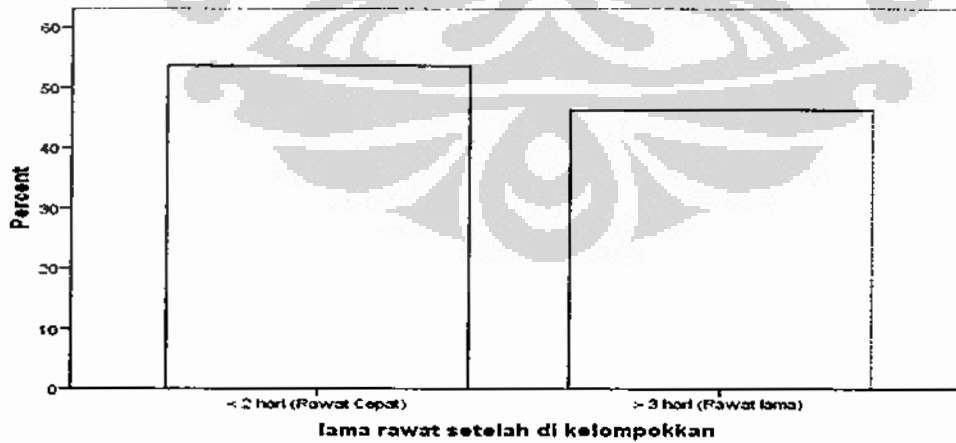


Diagram 1

Gambaran lama rawat pasien berdasarkan 2 kategorik
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada mei 2009

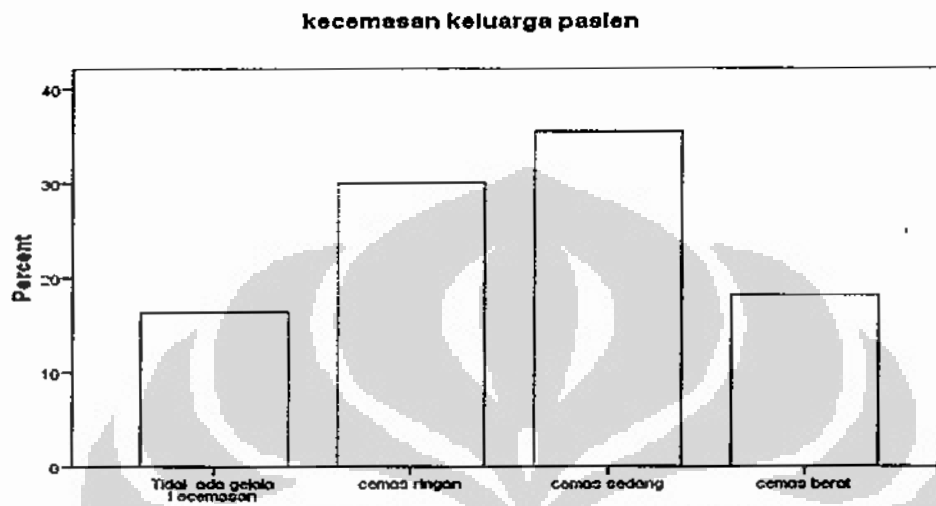
lama rawat setelah di kelompokkan



2. Variabel Kecemasan

Diagram 2

Gambaran tingkat Kecemasan keluarga Pasien
di-ICU/ICCU RS Haji-Jakarta pada Mei 2009



untuk mengetahui mean median modus, maka tingkat kecemasan masih dalam bentuk nilai jumlah angka masih belum dikelompokkan menjadi 4 kategorik

Diagram 3

Kecemasan sebelum dikelompokkan

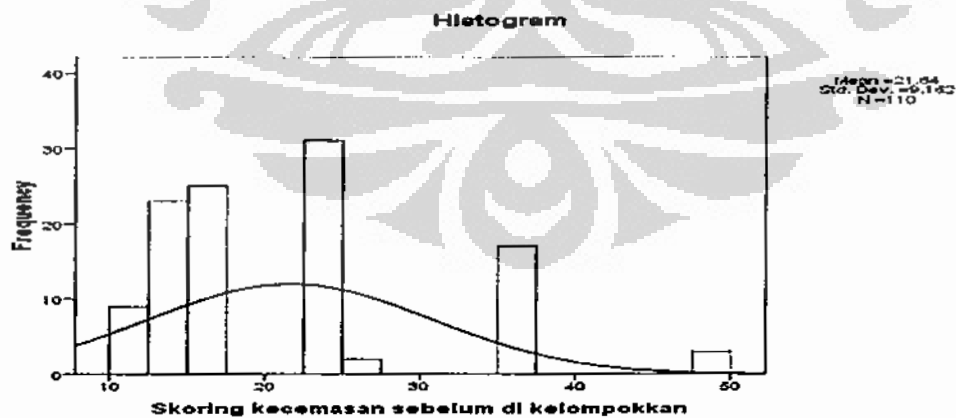
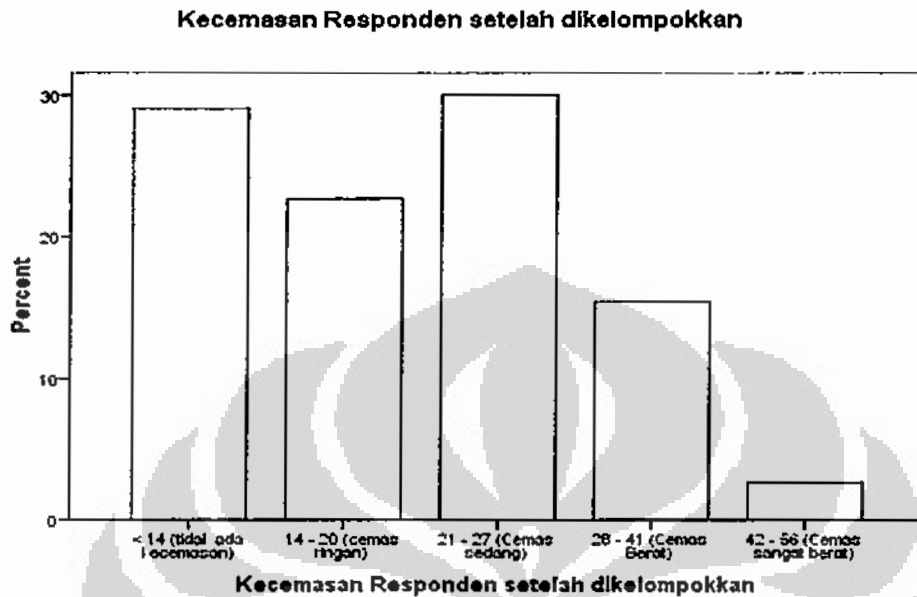


Diagram 4

Kecemasan Responden setelah dikelompokkan menjadi 5 kategori tingkat kecemasan dari mulai tidak ada kecemasan sampai dengan cemas sangat berat.



Untuk dapat dilakukan uji Chi Square dan mengetahui tingkat resiko kecemasan maka kecemasan dikelompokkan lagi menjadi 2 kategori, yaitu cemas dan tidak cemas. Sehingga menghasilkan angka sebagai berikut.

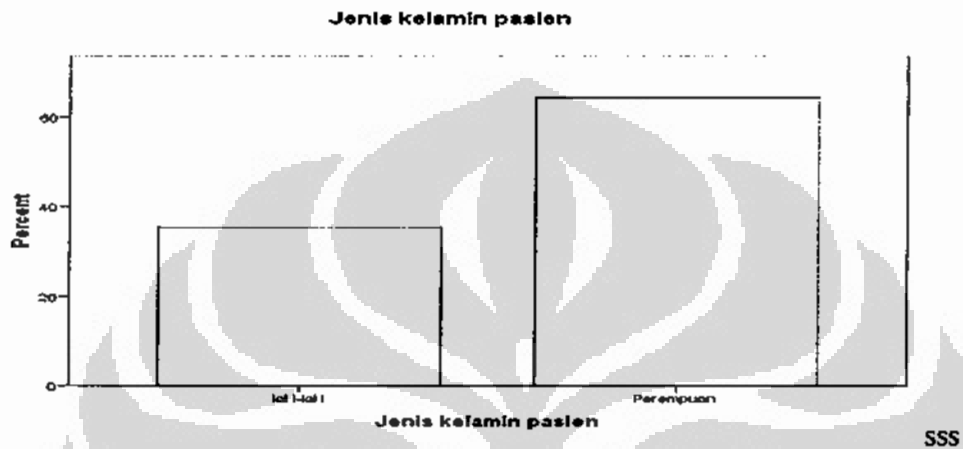
Diagram 5
Cemas setelah menjadi 2 kategori



3. Data Demografi responden

Diagram 6

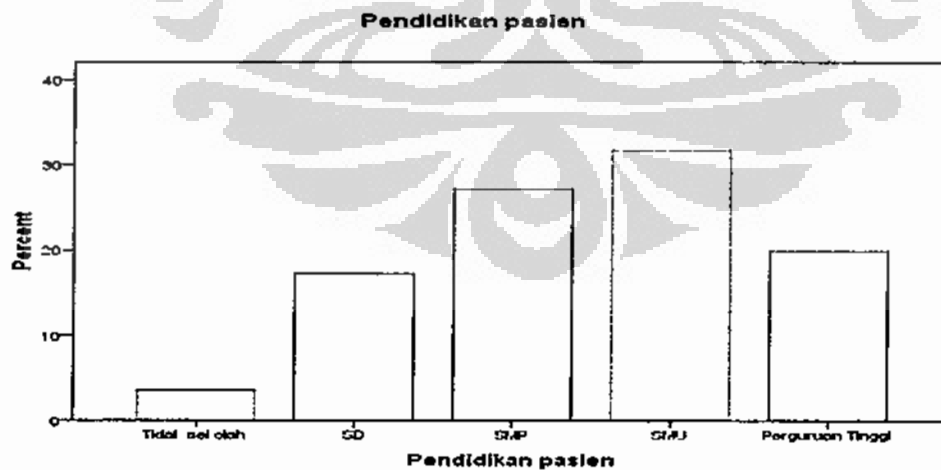
Gambaran jenis kelamin penunggu pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



Berdasarkan data tersebut mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 71 % dan laki – laki hanya 29 %

Diagram 7

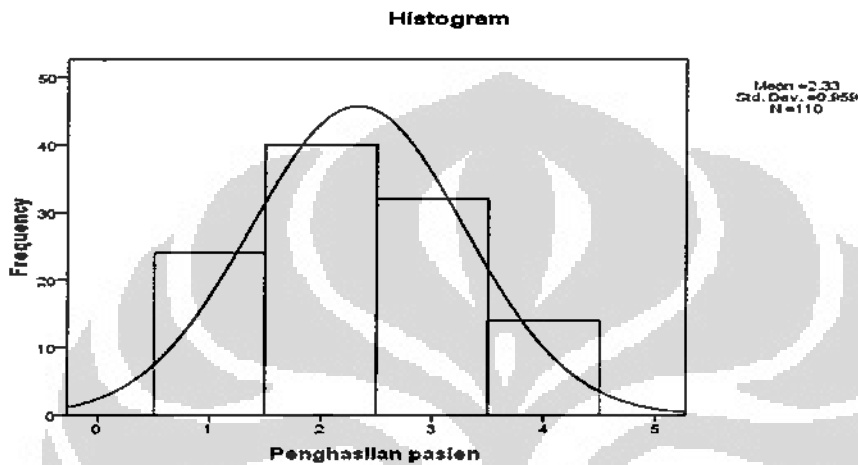
Gambaran Pendidikan Keluarga Pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



Dari hasil table tersebut didapat menurut kelompok pendidikan dari responden yang terbanyak adalah berpendidikan SMA yaitu 31,8 % dan yang paling sedikit tidak bersekolah yaitu 3,6 %

Diagram 8

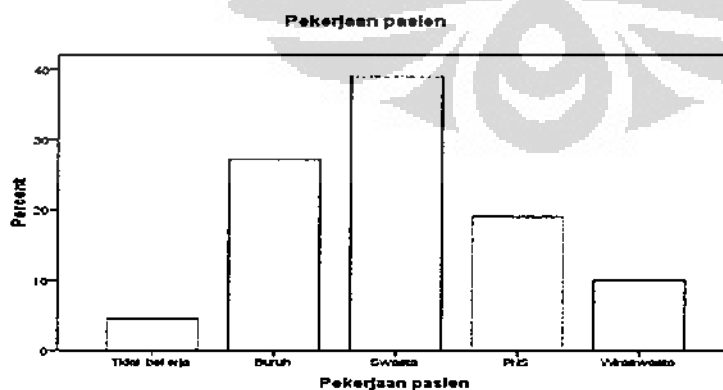
Gambaran penghasilan Keluarga Pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



Dari hasil yang didapat menurut kelompok penghasilan dari responden yang terbanyak adalah berpenghasilan 2Rp 2000.000 s.d 5000.000 yaitu 38,4 % dan yang paling sedikit responden dengan penghasilan 10juta – 15 juta dengan angka yaitu 12,7 %

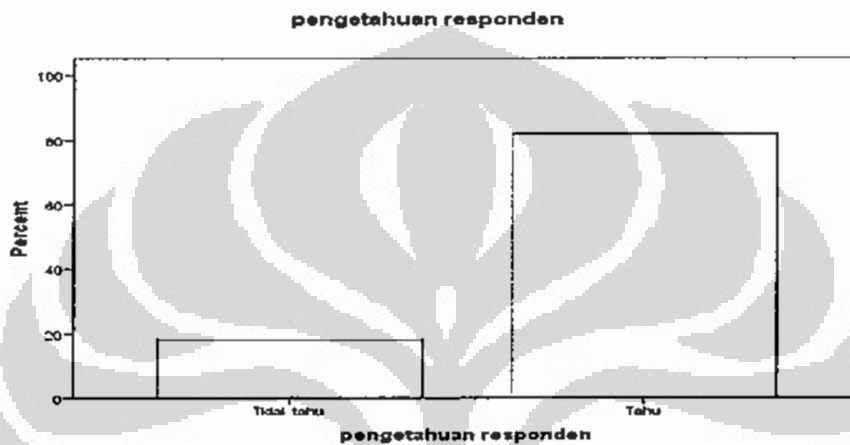
Diagram 9

Gambaran Pekerjaan Keluarga Pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



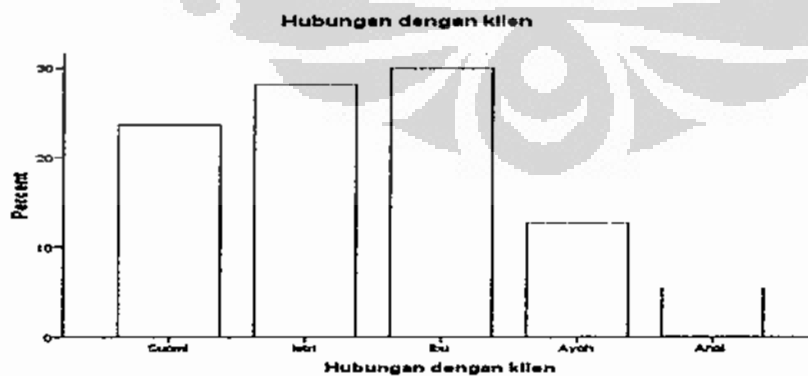
Dari hasil yang didapat menurut kelompok pekerjaan dari responden, yang terbanyak adalah sebagai swasta 39,1% dan yang paling sedikit responden yang tidak bekerja sebanyak 4,5 %

Diagram 10
Gambaran Pengetahuan Keluarga Pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



Dari hasil yang didapat mayoritas responden mengetahui kondisi klien sebesar 81,8 % dan tidak mengetahui 18,2 %

Diagram 11
Gambaran Hubungan keluarga dengan Pasien
di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada Mei 2009



Dari hasil yang didapat menurut kelompok hubungan kekerabatan responden dengan kien dari ibu yaitu 30,1 % dan paling sedikit anak 5,5 %.

B. Analisis Bivariat Hubungan Lama Rawat Dengan Tingkat kecemasan keluarga Pasien

Table 6

Analisis Bivariat Lama Hari Rawat dengan Kecemasan keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta pada bulam Mei 2009

Lama rawat	Kecemasan Responden				Total		P Value	OR
	Cemas		Tidak Cemas		N	%		
	N	%	N	%			N	%
Cepat	51	86,4	8	13,6	59	100	0,000	47,812
Lama	6	11,8	45	88,2	51	100		

Berdasarkan data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa analisi Bivariat antara Lama rawat dengan tingkat kecemasan Responden Dari table diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan lebih banyak terjadi pada responden yang keluarganya dirawat dalam waktu lama (86, 4 %) dibandingkan dengan responden yang keluarganya dirawat cepat (11, 8 %). Hasil dari Uji Chi Square P Value didapatkan 0,000 kurang dari 0,05 yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama rawat dengan kecemasan keluarga yang terjadi pada responden.

Hasil perhitungan risk estimasi menunjukkan prevalensi ratio sebesar 47, 812 kali. Ini berarti responden yang keluarganya dirawat dalam waktu lama cenderung mengalami kecemasan 47,812 kali disbanding responden yang keluarganya dirawat dengan cepat ((95 % CI 15, 416 – 148, 287)

BAB VI PEMBAHASAN

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ICU / ICCU Rumah Sakit Haji Jakarta pada tanggal 5 – 28 Mei 2009. penelitian dilakukan terhadap 110 responden dari 120 populasi. Keseluruhan responden adalah penunggu pasien yang dirawat di ICU / ICCU RS Haji Jakarta. Selama melakukan penelitian jumlah pasien yang dirawat di ICU RS Haji Jakarta 40 pasien. Rata – rata LOS 3 hari dan BOR 50 %

Berdasarkan Analisis data responden yang pasiennya dirawat lebih lama menunjukkan bahwa 86,4 % atau 51 responden mengalami kecemasan dan 13,6 % atau 8 orang tidak mengalami kecemasan. Sedangkan responden yang pasiennya dirawat cepat menunjukkan 11,8 % atau 6 orang mengalami kecemasan dan 88,2 % atau 45 orang tidak mengalami kecemasan. Berdasarkan uji analisis *Chi Square* didapatkan P Value 0,000 hal ini menunjukkan Pvalue kurang dari nilai α 0,05. Sehingga pada penelitian ini artinya H_0 di tolak, artinya ada hubungan yang bermakna antara laman hari rawat pasien dengan kecemasan keluarga di ICU / ICCU RS Haji Jakarta.

Hasil perhitungan *risk estimasi* menunjukkan *prevalensi ratio* sebesar 47,812 kali. Ini berarti responden yang keluarganya dirawat dalam waktu lama cenderung mengalami kecemasan 47,812 kali dibanding responden yang keluarganya dirawat dengan cepat ((95 % CI 15,416 – 148,287)

Hasil penelitian kami sesuai dengan kerangka teori yang dikemukakan oleh Stuart and Sundeen (1998), yang menjelaskan bahwa stresor presipitasi dari kecemasan ini dapat disebabkan sumber eksternal yaitu ancaman terhadap self esteem. Merupakan sesuatu yang terjadi yang dapat merusak identitas harapan diri dan integritas fungsi sosial meliputi sumber eksternal : berbagai kehilangan seperti kehilangan orang tua,

Universitas Indonesia

teman dekat, perubahan status pekerjaan, termasuk didalamnya adalah lama hari rawat.

Dari hasil penelitian didapatkan tingkat kecemasan dari tidak ada kecemasan (antisipatif) sampai dengan tingkat kecemasan berat yang ditunjukkan oleh keluarga pasien. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan menurut Peplau (1968) rentang cemas meliputi: ringan, sedang, berat dan panik (Stuart dan Sundeen,1998)

Adaptif ←————→ mal adaptif

Antisipatif ringan sedang berat Panik

Berdasarkan studi analisis terhadap hasil penelitian yang sudah dilakukan tentang penelitian terkait ternyata juga menunjukkan kesesuaian hasil yang didapat dalam penelitian sebelumnya tetapi ada juga yang berbeda. Seperti halnya dalam penelitian kami mayoritas responden mengalami kecemasan ringan 30 % sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Sutati (2001) yang berjudul “gambaran tingkat kecemasan orang tua yang sedang menunggu bayinya di NICU RS Harakan Kita” menyatakan mayoritas 40,67 % kecemasan berat.

Penelitian yang dilakukan oleh Sukoco (2002) mengenai mengidentifikasi tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen. data didapatkan skor tertinggi dari tingkat kecemasan klien yang diopname lebih dari satu minggu di ruang (A dan D) BRSD Kepanjen adalah 83,3 %, sedangkan tingkat kecemasan terendah adalah 52,1 %.

Angraeni (2002) melakukan penelitian tentang faktor – faktor yang mempengaruhi lama rawat di ruangan Medical Bedah RS Cipto Mangunkusumo. Hasil yang diperoleh pada penelitian ini adalah sebagai berikut : Rata-rata lama rawat pra bedah pada keseluruhan sampel ialah 19,28 hari. Sedangkan pada penelitian kami rata – rata pasien dirawat sekitar 2 hari. Berdasarkan pengamatan pada saat melakukan penelitian

Universitas Indonesia

pasien banyak yang baru dirawat 1 – 2 hari meninggal dunia, rujuk atau pindah ruangan ke ruang rawat inap

Penelitian yang dilakukan oleh Endang (2006) menunjukkan bahwa dari hasil penelitian terhadap 30 responden didapatkan tingkat kecemasan keluarga yang mengalami cemas ringan sebanyak 7 responden (23,33 %), cemas sedang sebanyak 23 responden (76,67 %) dan cemas berat tidak ada (0 %). Peran keluarga didapatkan peran keluarga cukup sebanyak 18 responden (60 %), peran keluarga baik sebanyak 12 responden (40 %), dan peran keluarga kurang tidak ada (0 %). Hasil statistik p hitung = 0,712 dan p tabel = 0,364 sehingga p hitung > p tabel berarti ada hubungan tingkat kecemasan keluarga tentang penularan penyakit kusta dengan peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta.

Penelitian yang dilakukan oleh Zuhdi (2008) tentang tingkat kecemasan pasien Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Campur darat Tulungagung sebagian besar responden mempunyai tingkat kecemasan sedang yang berjumlah 27 (67,5%) hal ini menunjukkan persamaan hasil pada penelitian kami mayoritas responden mengalami kecemasan sedang.

Peneliti melihat berdasarkan demografi dapat mempengaruhi tingkat kecemasan tapi dalam hal ini peneliti hanya melakukan uji analisis deskriptif saja sedangkan uji bivariate terhadap kecemasan tidak dilakukan.

Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 71 % dan laki – laki hanya 29 %.

Menurut kelompok pendidikan dari responden yang terbanyak adalah berpendidikan SMA yaitu 31, 8 % dan yang paling sedikit tidak bersekolah yaitu 3, 6 %. Penghasilan dari responden yang terbanyak adalah berpenghasilan 2Rp 2000.000 s.d 5000.000 yaitu 38, 4 % dan yang

paling sedikit responden dengan penghasilan 10juta – 15 juta dengan angka yaitu 12,7 %.

Menurut kelompok pekerjaan dari responden, yang terbanyak adalah sebagai swasta 39,1% dan yang paling sedikit responden yang tidak bekerja sebanyak 4,5 %. Mayoritas responden mengetahui kondisi klien sebesar 81,8 % dan tidak mengetahui 18, 2 %. Dari hasil yang didapat menurut kelompok hubungan kekerabatan responden dengan klien dari ibu yaitu 30,1 % dan paling sedikit anak 5,5 %. Penghasilan dari responden yang terbanyak adalah berpenghasilan 2Rp 2000.000 s.d 5000.000 yaitu 38, 4 % dan yang paling sedikit responden dengan penghasilan 10juta – 15 juta dengan angka yaitu 12,7 %.

Salah satu hasil penelitian yang menunjukkan keterkaitan data demografi dengan kecemasan adalah penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2004) menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kecemasan orang tua terhadap ISPA pada anak usia 1-3 tahun di BRSD Kabupaten Malang. Dari penelitian ini diharapkan pelayanan kesehatan dapat memberikan informasi yang lebih baik tentang penyakit pasien pada keluarga pasien, sehingga tingkat kecemasan keluarga pasien dapat berkurang.

B. KETERBATASAN PENELITIAN

Peneliti menyadari bahwa laporan hasil penelitian ini belum sempurna dengan berbagai keterbatasan kekurangan yang disebabkan oleh

:

1. Pemahaman responden yang kurang terhadap pertanyaan kuisisioner terutama pada rentang kecemasan.
2. Rentang lama hari rawat cukup singkat hanya antara 1 sampai dengan 4 hari.
3. Keterbatasan waktu penelitian, sehingga terkesan terburu – buru
4. Jumlah sample responden yang masih sedikit sehingga kurang menggambarkan keseluruhan populasi

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pelayanan kesehatan yang diberikan di ruang ICU seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pelayanan rumah sakit terus berkembang dengan menggunakan peralatan canggih yang mutakhir. Peralatan tersebut berfungsi untuk diagnostik, intervensi, atau pun tindakan invasif untuk menangani masalah kesehatan pasien.

Dukungan peralatan canggih dan tenaga kesehatan yang terampil dan terlatih di ICU tentunya tidaklah melupakan peran serta keluarga dalam proses perawatan pasien. Keluarga memiliki hak untuk mengetahui perkembangan kondisi klinis pasien selama dirawat di ICU dari waktu – ke waktu. Dengan kondisi pasien yang kritis dan peralatan canggih yang melekat pada tubuh pasien tentunya akan menjadikan kecemasan pada pasien ataupun keluarga. Tentunya informasi dari petugas kesehatan sangat penting. Dan keluarga sangat berharap anggota keluarganya yang dirawat agar segera lekas pindah ruang ke rawat inap.

Pana penelitian ini bertujuan mengetahui lama hari rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU / ICCU RS Haji Jakarta. Berdasarkan data yang diperoleh dari sample secara *krosectional*, kemudian dilakukan tabulasi dan di uji dengan *Chi Square* menggunakan program komputer menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara lamna rawat dengan tingkat kecemasan.

Hal ini sesuai dengan teori kecemasan yang dikemukakan oleh Stuart and Sundeen (1998), tentang faktor eksternal : Lama hari rawat sebagai faktor presipitasi terjadinya kecemasan. Hal ini pun di dukung oleh penelitian terkait sebelumnya yang menunjukkan persamaan hasil penelitian

Berdasarkan Analisis data responden yang pasiennya dirawat lebih lama menunjukkan bahwa 86,4 % atau 51 responden mengalami kecemasan dan 13, 6 % atau 8 orang tidak mengalami kecemasan.

Universitas Indonesia

Sedangkan responden yang pasiennya dirawat cepat menunjukkan 11,8 % atau 6 orang mengalami kecemasan dan 88,2 % atau 45 orang tidak mengalami kecemasan. Berdasarkan uji analisis *Chi Square* didapatkan P Value 0,000 hal ini menunjukkan Pvalue kurang dari nilai α 0,05. Sehingga pada penelitian ini artinya H_0 di tolak, artinya ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat pasien dengan kecemasan keluarga di ICU / ICCU RS Haji Jakarta.

Hasil perhitungan *risk estimasi* menunjukkan *prevalensi ratio* sebesar 47,812 kali. Ini berarti responden yang keluarganya dirawat dalam waktu lama cenderung mengalami kecemasan 47,812 kali dibanding responden yang keluarganya dirawat dengan cepat ((95 % CI 15,416 – 148,287)

Hasil penelitian kami sesuai dengan kerangka teori yang dikemukakan oleh Stuart and Sundeen (1998), yang menjelaskan bahwa stresor presipitasi dari kecemasan ini dapat disebabkan sumber eksternal yaitu ancaman terhadap self esteem. Merupakan sesuatu yang terjadi yang dapat merusak identitas harapan diri dan integritas fungsi sosial meliputi sumber eksternal : berbagai kehilangan seperti kehilangan orang tua, teman dekat, perubahan status pekerjaan, termasuk didalamnya adalah lama hari rawat.

Berdasarkan data yang diperoleh menunjukkan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 71 % dan laki – laki hanya 29 %.

Menurut kelompok pendidikan dari responden yang terbanyak adalah berpendidikan SMA yaitu 31,8 % dan yang paling sedikit tidak bersekolah yaitu 3,6 %. Penghasilan dari responden yang terbanyak adalah berpenghasilan 2Rp 2000.000 s.d 5000.000 yaitu 38,4 % dan yang paling sedikit responden dengan penghasilan 10juta – 15 juta dengan angka yaitu 12,7 %.

Menurut kelompok pekerjaan dari responden, yang terbanyak adalah sebagai swasta 39,1% dan yang paling sedikit responden yang tidak bekerja sebanyak 4,5 %. Mayoritas responden mengetahui kondisi klien sebesar 81,8 % dan tidak mengetahui 18,2 %. Dari hasil yang didapat menurut kelompok hubungan kekerabatan responden dengan klien dari ibu yaitu 30,1 % dan paling sedikit anak 5,5 %. Penghasilan dari responden yang terbanyak adalah berpenghasilan 2Rp 2000.000 s.d 5000.000 yaitu 38,4 % dan yang paling sedikit responden dengan penghasilan 10juta – 15 juta dengan angka yaitu 12,7 %

B. Saran

1. Terhadap institusi tempat penelitian

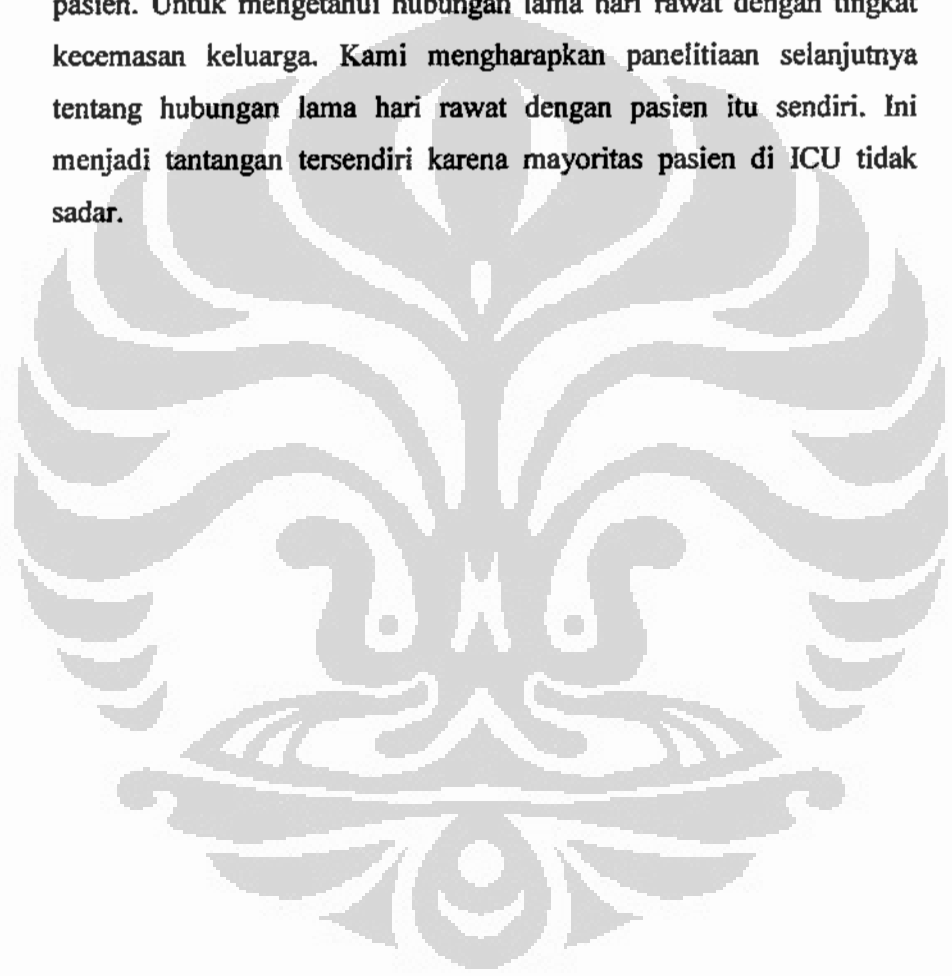
Dalam memberikan pelayanan keperawatan hendaknya senantiasa melihat pasien sebagai sesuatu yang holistik dan unik. Kita tidak hanya menangani pasien saja tapi juga harus memperhatikan keluarga pasien. Ini bagian dari upaya kita dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien dan keluarganya. Keluarga memiliki hak yang sama dengan pasien dalam keterlibatan keluarga dalam pelayanan. Tentunya dalam batas – batas yang sudah ditentukan. Peralatan yang canggih dan modern di ICU tidaklah menjadikan kita men - *dehumanisasi* pasien. Alat adalah sekedar sarana untuk melakukan perawatan pasien tapi diluar itu ada aspek fisik, psikologis, emosi, spiritual dan social pasien yang perlu dukungan keluarga.

2. Institusi Pendidikan

Bekal yang sangat berharga ketika suatu saat berdinasi di ruang ICU. Peneliti berharap institusi pendidikan memberikan dukungan para calon perawat profesional untuk senantiasa melihat fenomena yang banyak terjadi di ruang ICU. Pemahaman mahasiswa tentang konsep penelitian lebih ditingkatkan lagi sehingga menjadi.

3. Penelitian selanjutnya

Peneliti melakukan penelitian dengan objek responden adalah keluarga pasien. Untuk mengetahui hubungan lama hari rawat dengan tingkat kecemasan keluarga. Kami mengharapkan penelitian selanjutnya tentang hubungan lama hari rawat dengan pasien itu sendiri. Ini menjadi tantangan tersendiri karena mayoritas pasien di ICU tidak sadar.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni (2002). *Faktor – faktor yang berhubungan dengan lama rawat pra bedah pasien tumor yang dirawat di lantai III IRNA A RSCM*. Diambil pada 18 April 2009 dari <http://www.E.bursa.depdiknas.go.id>
- Burn,M and Grove S.K. (2001). *Practing of Nursing Research: Conduct, Critique Civilition*. (4 th Ed) . Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.(2006) *Penulisan rujukan dalam penulisan ilmiah keperawatan menurut APA 2001*.FIK UI.
- Fitria (2009). *Therapi Psikospiritual*. Diambil pada 18 April 2009dari <http://www.wordpress.com.html>.
- Hamid, A.Y. (1998). *Buku Ajar Risert Kepearwatan I*. Jakarta : Widya Medika.
- Hidayat A.(2007). *Riset keperawatan tehnik dan penulisan ilmiah*. Salemba medika.
- [Http:// adln.lib unair.ac.id](http://adln.lib.unair.ac.id).*Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap penurunan tingkat kecemasa pada pasien preoperasi fraktur ektremitas atas dan bawah di ruang bedah RSU Dr. Soetomo*. Diambil pada 27 April 2008.
- Lo Biondo-wood, G Haber j. (2006) *Nursing research methods, and Critical Apraisl for Evidence Based Practice*. (6th ed). Philadelphia: Mosby inc.
- Potter & Perry. (2005).*Fundamental of nursing : Concepts, process and practice* (Asih (et.al). penerjemah). ST. Louis Mosby. Book Inc (sumber asli diterbitkan1997).

Sukoco (2002). *Identifikasi tingkat kecemasan klien yang di opname lebih dari satu minggu di Ruang A & D BRSD Kepanjen*. Diambil pada 18 April 2009 dari [http:// www.digilib.itb.ac.id.html](http://www.digilib.itb.ac.id.html).

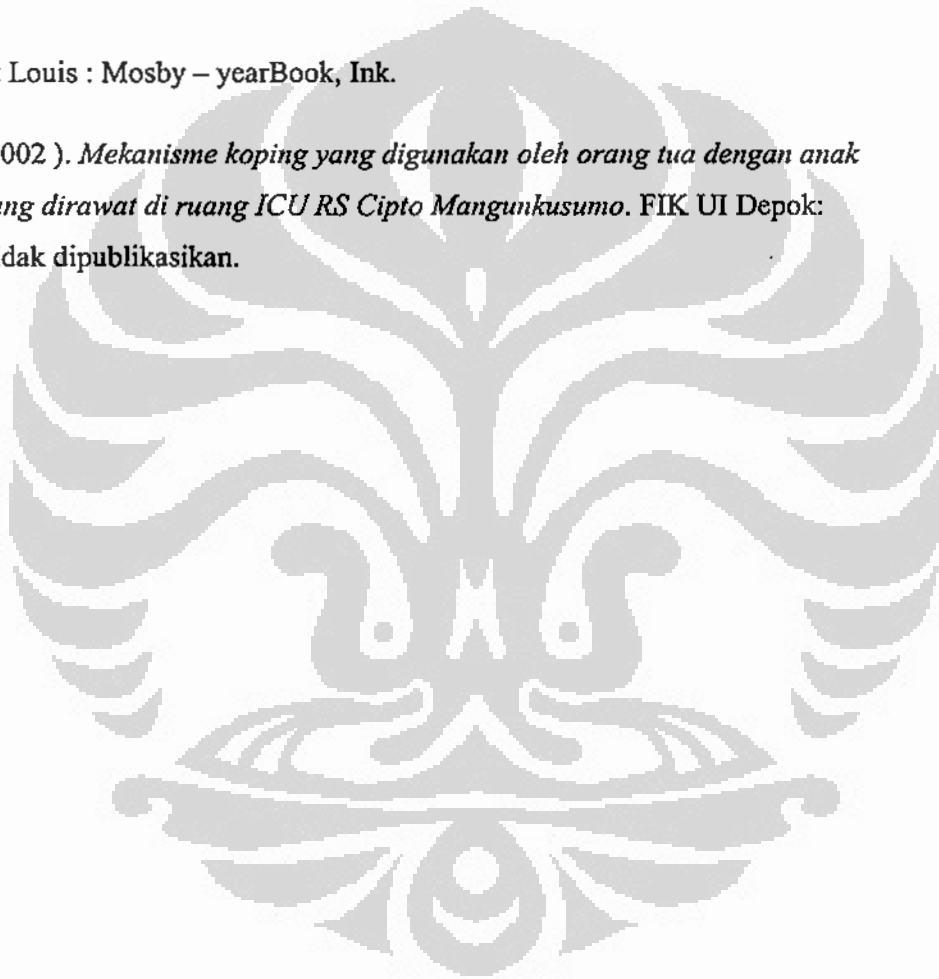
Sutati (2001). *Gambaran tingkat kecemasan orang tua yang sedang menunggu bayinya di NICU RS Harapan Kita*. FIK UI Depok: Tidak dipublikasikan.

Stuart & sundeen (1998) *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Jakarta. EGC.

Stuart ,GW & Laraia. (2001) *Principle and Practice of Psyciatric Nursing* (6 th Ed).

St Louis : Mosby – yearBook, Ink.

Utami (2002). *Mekanisme koping yang digunakan oleh orang tua dengan anak yang dirawat di ruang ICU RS Cipto Mangunkusumo*. FIK UI Depok: Tidak dipublikasikan.



PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Calon Responden
Di tempat.

Dengan hormat,
Kami bermaksud akan mengadakan penelitian, dengan judul “ **hubungan lama rawat pasien dengan tingkat kecemasan keluarga di ICU / ICCU RS Haji Jakarta** “

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui hubungan lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga. Besar harapan kami kepada Saudara/Saudari/Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini, kami mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan kerjasamanya.

Peneliti : Turiman
Asnawi
Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas
Indonesia

Pembimbing : Ns. Efy Afifah, SKp MKep.

Saya telah diminta dan memberikan ijin untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “**hubungan lama rawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU / ICCU RS Haji Jakarta**” yang dilakukan oleh Turiman dan Asnawi. Oleh peneliti saya diminta untuk mengisi dan menjawab kuisioner penelitian yang diberikan.

Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi tidak ada dan saya juga mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik dan kesehatan saya, serta berguna untuk pengembangan kualitas pelayanan keperawatan. Apabila pertanyaan-pertanyaan menimbulkan perasaan tidak nyaman atau berakibat negatif terhadap diri saya, maka saya berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak.

Saya mengerti bahwa, catatan/data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin secara legal. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya dipergunakan untuk pengolahan data dan bila penelitian sudah selesai akan dimusnahkan.

Demikianlah secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapa pun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

Jakarta, Mei 2009

(.....)

Responden

KUISIONER PENELITIAN

A. Data demografi

Pilihlah sesuai dengan data diri anda pada pertanyaan berikut ini:

1. Jenis Kelamin
 1. Laki – laki
 2. Perempuan

2. Pendidikan
 1. tidak sekolah
 2. Sekolah Dasar
 3. SMP
 4. SMA
 5. Perguruan Tinggi

3. Umur:.....thn

4. Pekerjaan
 1. tidak bekerja
 2. Buruh
 3. Swasta
 4. PNS
 5. Wiraswasta

5. Penghasilan
 1. < Rp 2000.000
 2. Rp 2000.000 – Rp 5000.000
 3. Rp 5000.000 – Rp 10.000.000
 4. Rp 10.000.000 – Rp 15.000.000
 5. > Rp 15.000.000

6. Hubungan dengan klien
 1. Suami
 2. Istri
 3. Ibu
 4. Ayah
 5. Anak

B. Lama hari rawat

1. Tahu tentang kemajuan pengobatan / perawatan klien atau anggota keluarga bpk / ibu/ yang sedang dirawat di ICU / ICU RS Haji Jakarta.
 1. Tidak tahu
 2. Tahu

2. Sudah berapa lama klien atau keluarga b keluarga bpk / ibu/ yang sedang dirawat di ICU / ICU RS Haji Jakarta. (..... Hari)

C. Alat Ukur Kecemasan

Alat ukur kecemasan menggunakan HRS-A (Hamilton Rating Scale for Anxiety) yang terdiri atas 14 kelompok gejala, masing – masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0 – 4 dengan penilaian sebagai berikut:

Nilai 1 : tidakada gejala atau keluhan

Nilai 2 : gejala ringan

Nilai 3 : gejala sedang

Nilai 4 : gejala berat

Nilai 5 : gejala sangat berat

Berilah tanda Cheklis (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda.

NO	GEJALA KECEMASAN	NILAI ANGKA					KODE
		1	2	3	4	5	
1	Perasaan cemas (ansietas) - cemas - firasat buruk - takut akan pikiran sendiri - mudah tersinggung						
2	Ketegangan - merasa senang - lesu - tidak bisa istirahat tenang - mudah terkejut - mudah menangis - gemetar - gelisah						
3	Ketegangan - pada gelap - pada orang asing - ditinggal sendiri - pada binatang besar - pada keramaian lalu lintas - pada kerumunan orang banyak.						
4	Gangguan tidur - Sukar masuk tidur - Terbangun malam hari - Tidur tidak nyenyak						

	<ul style="list-style-type: none"> - Bangun dengan lesu - Banyak mimpi – mimpi - Mimpi buruk - Mimpi menakutkan 						
5	<p>Gangguan kecerdasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - sukar konsentrasi - daya ingat menurun - daya ingat buruk 						
6	<p>Perasaan depresi (murung)</p> <ul style="list-style-type: none"> - hilangnya minat - berkurangnya kesenangan pada hobi - sedih - bangun dini hari - perasaan berubah – ubah sepanjang hari 						
7	<p>Gejala somatic / fisik (otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sakit dan nyeri di otot – otot. - Kaku - Kedutan otot - Gigi gemurutuk - Suara tidak stabil 						
8	<p>Gejala somatic / fisik (sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - tinnitus (telinga berdenging) - penglihatan kabur - muka merah atau pusat - merasa lemas - perasaan ditusuk tusuk. 						
9	<p>Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - takikardi (denyut jantung cepat) - berdebar - debar - nyeri dada - denyut nadi mengeras - rasa lesu / lemas seperti mau pingsan - detakjantung menghilang berhenti sekejap 						
10	<p>Gejala respiratori</p> <ul style="list-style-type: none"> - rasa tertekan atau sempit di dada - rasa tercekik - sering menarik nafas - nafas pendek / sesak - 						

11	<p>Gejala gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - sulit menelan - perut melilit - gangguan pencernaan - nyeri sebelum dan sesudah makan - perasaan terbakar diperut - rasa penuh atau kembung - mual - muntah - buang air besar (konstipasi) - kehilangan berat badan 						
12	<p>Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sering baing air kecil - tidak dapat menahan air seni - tidak datang bulan (tidak haid) - darah haid berlebihan - darah haid amat sedikit - masa haid berkepanjangan - masa haid amat pendek - haid beberapa kali dalam sebulan - menjadi dingin - ejakulas dini - ereksi lemah - ereksi hilang - impotensi 						
13	<p>Gejala autonom</p> <ul style="list-style-type: none"> - mulut kering - muka merah - mudah berkeringat - kepala pusing - kepala terasa berat - kepala tersa sakit - bulu – bulu berdiri 						
14	<p>Tingkah laku (sikap) waawancara</p> <ul style="list-style-type: none"> - gelisah - tidak tenang - jadi gemetar - kerut kening - muka tegang - otot tegang / mengeras - nafas pendek dan cepat - muka merah 						

Total skor							
------------	--	--	--	--	--	--	--

Keterangan :

Hasil penilaian total skor

kurang dari 14 : tidak ada kecemasan

14 – 20 : kecemasan ringan

21 – 27 : kecemasan sedang

28 – 41 : kecemasan berat

42 – 56 : kecemasan berat sekali

-

