

**HUBUNGAN PERILAKU CARING PERAWAT TERHADAP
TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DIRUANG
ICU RS HARAPAN KOTA MAGELANG**

SKRIPSI



IKHSAN KURNIAWAN

23.0603.0119

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2024**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 778/MENKES/SK/XII/2010, *Intensive Care Unit* (ICU) ialah bagian rumah sakit *independent* yang dibawahhi oleh direktur layanan, dengan pegawai dan peralatan khusus dengan tujuan mengamati, merawat, dan merawat pasien penderita penyakit, cedera atau kesulitan yang mengecam atau berpotensi mengancam jiwa dengan prognosis dubia (belum tentu / meragukan). ICU adalah sistem yang terstruktur dalam menyediakan perawatan medis bagi pasien dengan penyakit kritis yang dan keperawatan yang intensif dan spesifik terutama dalam mempertahankan kehidupan dari penyulit yang berpotensi mengancam jiwa (Marshall et al., 2017). Indikasi pasien yang masuk ruang ICU menurut Kepmenkes No. 1778 Tahun 2010 diantaranya yaitu untuk memenuhi kebutuhan perawatan bagi pasien kritis. Istilah penyakit kritis kronis/ *Chronic critical illness* (CCI) digunakan untuk merujuk pada pasien dengan ketergantungan yang berkepanjangan (misalnya, ≥ 3 hari) pada ventilasi mekanis (Nelson et al., 2010).

Sementara pada kondisi kritis keluarga sangat dibutuhkan selama proses perawatan, dimana keluarga memiliki fungsi yang seharusnya dilaksanakan tetapi karena kecemasan yang dialami ketika mendampingi anggota keluarga yang sedang dirawat di ruang intensif akan berdampak terhadap kesehatan dan menyebabkan sakit (Sentana, 2016). Menurut Herawati dan Faradilla (2015) angka kematian di ICU cukup tinggi yaitu 40,2% dari 184 pasien. Terdapat tiga penyakit utama yang menyebabkan kematian yaitu system sirkulasi (23,4%), penyakit infeksi (11, 4%) dan endokrin (10,9%).

Perawatan pasien di rumah sakit juga menimbulkan masalah bagi keluarga pasien (Herawati & Fithriyani, 2018). Berdasarkan hasil penelitian Sugimin,

(2017) ada beberapa hal yang menimbulkan kecemasan keluarga pasien pada saat menunggu pasien yang dirawat di ruang ICU yaitu keadaan kritis pasien, terpasang berbagai alat medis, informasi mengenai pasien yang belum maksimal dan adanya batasan dalam waktu berkunjung, serta keluarga tidak bisa menunggu pasien terus menerus sehingga mengakibatkan kesulitan untuk tidur nyenyak dan merasa lebih gugup dari biasanya, panik dan tidak tenang. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO, 2016 dalam Yusuf & Rahman, 2019), setiap tahun prevalensi pasien kritis di ICU mengalami peningkatan. Tercatat bahwa dari 100.000 penduduk, 9.8 -24.6% 2 diantaranya pasien sakit kritis dan mendapat perawatan di ICU.

Kecemasan atau *anxiety* adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan, berupa respon-respon psikofisiologis yang timbul sebagai antisipasi bahaya yang tidak nyata atau khayalan, sehingga tampak disebabkan oleh konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung (Dorland, 2010). Tingkatan kecemasan dapat dikelompokkan dalam beberapa tingkatan diantaranya yaitu kecemasan ringan (*mild anxiety*), kecemasan sedang (*moderate anxiety*) dan kecemasan berat (*severe anxiety*) (Soetjiningsih, 2017). Kecemasan pada keluarga pasien di ruang ICU perlu menjadi perhatian perawat karena hal ini akan menyebabkan pengambilan keputusan. Keluarga mempunyai peran penting dalam pengambilan keputusan secara langsung maupun tidak langsung dalam tindakan pertolongan (perawatan dan pengobatan kepada pasien (Kiptiyah, 2016).

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran ingkat kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan Hidayat (2007). Cara penilain HARS dengan sistem skoring yaitu, skor 0 = tidak ada gejala, skor 1 = ringan (satu gejala), skor 2 = sedang (dua gejala), skor 3 = berat (lebih dari dua gejala), skor 4 = sangat berat (semua gejala). Bila skor <14 = tidak cemas, skor 14 – 20 = cemas

ringan, skor 21 – 27 = cemas sedang, skor 28 – 41 = cemas berat, skor 42 – 56 = panik.

Tenaga Kesehatan profesional harus memiliki sikap ramah, sopan, penuh simpati, dan *caring* (Ernawati 2020). Untuk membantu, mendukung, dan melayani pasien dengan kebutuhan khusus, perawat harus terlibat dalam sejumlah perilaku khusus yang merupakan proses interpersonal yang penting. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarganya adalah kewajiban moral untuk menjaga, dan perilaku *caring* adalah jenis dukungan emosional (Pardede 2020). Perilaku *caring* merupakan wujud profesional pelayanan keperawatan kepada pasien (Arifin Muhammad dkk, 2013). Menurut Watson (2012) perilaku *caring* yang ditampilkan oleh perawat adalah dengan memberikan rasa nyaman, perhatian, kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, minat, cinta, percaya, melindungi, kehadiran, mendukung, memberi sentuhan, dan siap membantu serta mengunjungi klien. Hal ini akan mendorong klien dalam perubahan aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial kearah yang lebih baik.

Astari, A., & Houghty, G. S. (2015) mendefinisikan *caring* sebagai cara perawat memelihara hubungan yang bernilai dengan pasien agar mereka merasakan komitmen dan tanggung jawab terhadap dirinya sendiri, *caring* juga sebagai suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan secara genetika, namun dapat dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi.

1.2 Rumusan Masalah

Pelayanan perawatan intensif merupakan ruang mandiri yang terpisah dan digunakan untuk merawat pasien dengan kegawatan yang dapat mengancam jiwa sebagai akibat dari penyakit, trauma, ataupun pembedahan dan dengan adanya ruangan dengan terapi intensif yang menunjang keadaan pasien selama masa kegawatdaruratan, diharapkan dapat disembuhkan dan menjalani kehidupan socialnya kembali. kecemasan keluarga pasien pada saat menunggu pasien yang dirawat di ruang ICU yaitu keadaan kritis pasien,

terpasang berbagai alat medis, informasi mengenai pasien yang belum maksimal dan adanya batasan dalam waktu berkunjung, serta keluarga tidak bisa menunggu pasien terus menerus sehingga mengakibatkan kesulitan untuk tidur nyenyak dan merasa lebih gugup dari biasanya, panik dan tidak tenang. Untuk membantu, mendukung, dan melayani pasien dengan kebutuhan khusus, perawat harus terlibat dalam sejumlah perilaku khusus yang merupakan proses interpersonal yang penting. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarganya adalah kewajiban moral untuk menjaga, dan perilaku *caring* adalah jenis dukungan emosional. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, didapatkan rumusan masalah penelitian yaitu Apakah ada hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien diruang *intensif care unit* (ICU)?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *intensif care unit* (ICU)

1.3.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi perilaku *caring* perawat diruang ICU
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU
- c. Menganalisi hubungan perilaku *caring* dengan tingkat kecemasan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi rumah sakit

Rumah sakit dapat memanfaatkan penelitian ini sebagai bahan referensi untuk meningkatkan pelayanan bagi pasien dan keluarganya dengan menciptakan budaya merawat keluarga pasien untuk mengurangi kekhawatiran mereka selama pasien menerima perawatan diruang ICU.

1.4.2 Bagi instuti Pendidikan Kesehatan

Sebagai sumber informasi, pemahaman lebih, dan informasi tentang pentingnya hubungan antara perilaku keperawatan dengan besarnya kecemasan dialami keluarga pasien di unit perawatan *intensif*.

1.4.3 Bagi peneliti

Peneliti dapat memanfaatkan penelitian ini sebagai landasan, sumber pengetahuan, dan pemahaman tentang hubungan antara perhatian perawat dengan kekhawatiran keluarga pasien diunit perawatan *intensif*.

1.5 Ruang lingkup penelitian

Untuk menghindari terjadinya perbedaan pemahaman dari hasil penelitian yang disebabkan oleh perbedaan sudut pandang dan pendapat maka ditetapkan lingkup penelitian sebagai:

1.5.1 Lingkup masalah

Perasalahan pada penelitian ini adalah hubungan perilaku *caring* perawat terhadap Tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU

1.5.2 Lingkup subjek

Subjek penelitian ini yaitu diruang *intensif care unit* (ICU)

1.5.3 Lingkup tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan dirumah sakit harapan kota magelang bulan Mei-Juni 2024.

1.6 Keaslian penelitian

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

No	Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
1.	Saafatul intani, Indah sri wahyuningsih, Ahmad ikhlasul amal	Hubungan perilaku caring terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien terhadap <i>ruang intensif</i> RSI sultan agung semarang	Pengumpulan data dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden secara hardfile	Hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan perilaku <i>caring</i> perawat dengan <i>caring</i> cukup sebanyak 72 (86,7%)	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .

No	Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
				responden dan <i>caring</i> baik 11 (13,3%) responden, sedangkan untuk tingkat kecemasan dengan kecemasan ringan 13 (15,7%) responden, dan kecemasan sedang sebanyak 70 (84,3%) responden	
2	Jek amidos, Eva Kartika Hasibuan, Helpianus Siswanto Hondro	perilaku <i>caring</i> perawat dengan koping dan kecemasan keluarga	Tehnik pengambilan sampel dengan menggunakan <i>accidental sampling</i>	Hasil penelitian dapat disimpulkan: perilaku <i>caring</i> perawat di ruang ICU RSUP H. Adam Malik Medan mayoritas kurang baik, koping keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSUP H. Adam Malik Medan mayoritas maladaptif, hasil nilai $r = 0.595$ artinya terdapat	Penelitian ini mengukur Koping keluarga yang digunakan kuesioner, kuesioner ini terdiri dari 15 item, kuesioner ini menggunakan kuesioner <i>Jalowiec Coping Scale (JCS)</i> . Sedangkan penelitian ini mengukur Tingkat kecemasan pasien di ruang ICU

No	Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan
				hubungan yang kuat dan korelasi positif antara hubungan perilaku <i>caring</i> perawat dengan koping keluarga maka akan semakin tinggi koping keluarga	
3	Wahyu rima Agustin, Anita istiningtyas, Martin cahyaningt yas, Wahyu ningtyas safitri, dst.	Hubungan <i>caring</i> dengan Tingkat kecemasan keluarga pasien koma di ruang <i>intensif</i>	Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan <i>Cross Sectional</i>	Ada hubungan <i>caring</i> perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien koma di ruang intensif RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, dengan p-value 0,000 (pvalue < 0,05) arah hubungan kuat dengan nilai korelasi 0,678.	Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan <i>Cross Sectional</i> . Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga pasien koma di ruang <i>intensif</i> RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Sedangkan penelitian ini hanya ditujukan ke keluarga pasien semua di ruang ICU

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Ruang Perawatan ICU

Pelayanan perawatan intensif merupakan ruang mandiri yang terpisah dan digunakan untuk merawat pasien dengan kegawatan yang dapat mengancam jiwa sebagai akibat dari penyakit, trauma, ataupun pembedahan dan dengan adanya ruangan dengan terapi intensif yang menunjang keadaan pasien selama masa kegawatdaruratan, diharapkan dapat disembuhkan dan menjalani kehidupan sosialnya kembali (Kemenkes, 2012). Unit perawatan intensif adalah ruang di dalam rumah sakit, dikhususkan dan dilengkapi oleh alat khusus, dimana tempat ini didedikasikan untuk manajemen dan memantau pasien dengan kondisi mengancam jiwa.

2.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Menurut kemenkes (2012) ruang lingkup pelayanan ICU meliputi:

- 2.2.1 Mendiagnosis dan melakukan penatalaksanaan khusus bagi pasien dengan penyakit akut yang dapat mengancam jiwa dan kematian dalam beberapa menit hingga hari.
- 2.2.2 Memberikan bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh, serta melakukan penatalaksanaan khusus terhadap pemasalahan besar.
- 2.2.3 Melakukan pemantauan dan penatalaksanaan terhadap fungsi vital tubuh dan komplikasi yang disebabkan oleh penyakit.
- 2.2.4 Memfasilitasi bantuan psikologis bagi pasien yang bergantung pada peralatan khusus

2.3 Karakteristik pasien ICU

Tabel 2.1 Karakteristik pasien ICU

Karakteristik	ICU
Karakteristik Pasien	1. Pasien yang memerlukan dukungan pernapasan lanjutan biasa 2. Pasien yang memerlukan dukungan dari dua atau lebih sistem organ 3. Pasien dengan gangguan kronis satu atau lebih sistem organ yang dapat membatasi kegiatan sehari-hari dan memerlukan dukungan untuk kegagalan sistem organ lain yang bersifat <i>reversible</i> akut.
Struktur Fisik/ Lingkungan	1. Letak ICU harus mudah diakses dari ruangan dimana pasien di rawat seperti unit gawat darurat, radiologi, laboratorium, dan kamar bedah, serta ruang inap. 2. Jumlah bed 3-18 3. Jarak antara masing-masing bed 2m 4. Penerangan yang cukup dengan lampu TLday light 10 watt/m² digunakan untuk mengobservasi klinis 5. Terdapat pendingin ruangan yang dapat dikontrol. 6. Terdapat ruang isolasi yang dengan tempat cuci tangan dan ganti pakaian sendiri 7. Terdapat tempat penyimpanan barang bersih, serta tempat pembuangan alat/ bahan kotor 8. Kebisingan peralatan rata-rata 60-70 dB 9. Terdapat ruang perawat dan dokter 10. Terdapat ruang tunggu keluarga pasien, kesempatan masuk ICU untuk bertemu pasien hanya diberikan pada keluarga dan akan dilakukan pengaturan oleh perawat ICU

Karakteristik	ICU
Petugas	Tim medis 1. Dokter spesialis sebagai konsultan yang dapat dihubungi setiap diperlukan 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru, ALS/ACLS dan FCCS 3. Menunjang kualitas pelayanan di ICU dan menggunakan sumber daya ICU secara efisien 4. Mampu melakukan prosedur <i>critical care</i>. Perawat 1. Perawat yang terlatih bantuan hidup dasar dan lanjut 2. Perawat yang memiliki sertifikat pelatihan ICU 3. Pasien dengan ketergantungan perawatan yang tinggi membutuhkan rata-rata 1 perawat: 2 pasien Tenaga non medis 1. Tenaga administrasi yang memiliki kemampuan untuk menjalankan komputer yang berhubungan dengan administrasi 2. Teknisi ICU yang bertujuan untuk memperbaiki dan merawat peralatan ICU 3. Fisioterapis 4. Tenaga farmasi 5. Ahli gizi 6. Tenaga kebersihan 7. Tenaga rekam medis 8. Tenaga laboratorium 9. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian
Peralatan	1. Ventilator 2. Alat ventilasi manual dan penunjang napas 3. Alat suction 4. Peralatan akses vaskuler 5. Peralatan monitor <i>invasive</i> dan <i>non invasive</i> 6. Defibrillator dan alat pacu jantung 7. Alat pengatur suhu pasien 8. Peralatan <i>drain thorax</i> 9. Peralatan <i>portable</i> untuk transportasi 10. <i>Syringe pump</i> dan <i>infus pump</i> 11. Tempat tidur khusus 12. Lampu untuk tindakan 13. <i>Continuous Renal Replacement Therapy</i>

Sumber: Society (1997), (Hipercci, 2018), Kemenkes (2012), Wenham & Pittard(2009), Paulo (2017)

2.4 Klasifikasi pelayanan ICU

Menurut Kemenkes (2012), mengenai pelayanan ICU di rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Pelayanan primer pada rumah sakit tipe C
Memberikan pengelolaan resusitasi segera bagi pasien gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyakit pada pasien medis dan bedah yang beresiko.
2. Pelayanan sekunder pada rumah sakit tipe B memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dan sebagainya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanisme yang lama, melakukan dukungan atau bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.
3. Pelayanan tersier pada rumah sakit tipe A
Memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dan sebagainya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanisme yang lama, melakukan dukungan atau bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

2.5 Indikasi Pasien Keluar dan Masuk ICU

Diperlukan prioritas dalam merawat pasien apabila jumlah pasien terhadap pelayanan di ruang intensif sangat tinggi dibandingkan dengan sarana dan prasarana yang jumlahnya terbatas, yang meliputi (Hipercci, 2018):

1. Kriteria masuk
Pelayanan ICU yang diberikan yaitu pemantauan canggih dan terapi yang intensif. Pasien yang membutuhkan perawatan secara intensif akan didahulukan untuk dirawat di ruang ICU dibandingkan dengan pasien

yang membutuhkan untuk dilakukan pemantauan intensif, dan pasien yang kritis atau terminal yang prognosnya jelek untuk sembuh.

- a) Prioritas 1: pasien dengan kondisi kritis, tidak stabil, dan membutuhkan terapi intensif misalnya dukungan ventilasi, infus obat vasoaktif kontinyu dan sebagainya. Contoh pasien yang masuk dalam prioritas ini adalah pasca bedah kardioraks dan syok sepsis.
- b) Prioritas 2: diperlukan pemantauan canggih pada pasien prioritas 2 dan sangat beresiko sehingga dibutuhkan terapi secara intensif dengan segera misalnya pemantauan dengan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien ini yaitu yang memiliki penyakit dasar jantung, paru, ginjal akut dan berat, pasien yang mengalami pembedahan mayor.
- c) Prioritas 3: pasien kritis yang status kesehatannya tidak stabil. disebabkan karena penyakit yang mendasarinya. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU sangat kecil.
- d) Pengecualian: indikasi pasien masuk dari beberapa golongan pasien dapat dikecualikan dengan catatan pasien golongan tersebut sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas dapat digunakan oleh pasien dengan prioritas 1 sampai 3. Pasien yang tergolong dalam pengecualian ini adalah pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak untuk dilakukan terapi tunjangan hidup termasuk pasien dengan DNR (*Do Not Resuscitate*), pasien dengan keadaan vegetative yang permanen, pasien dengan kematian batang otak yang dirawat diruang ICU karena kepentingan donor organ.

2. Kriteria keluar

Pertimbangan medis perlu dilakukan oleh kepala ICU maupun tim yang lain dalam memindahkan pasien ICU:

- a) Tidak memerlukan terapi ataupun pemantauan lebih lanjut secara intensif karena keadaan pasien yang telah stabil.

- b) Tidak ada hasil yang berarti bagi pemantauan intensif yang telah dilakukan
- c) Terdapat penolakan untuk dirawat lebih lanjut, oleh pasien maupun keluarga
- d) Terdapat pasien yang lebih gawat membutuhkan terapi dan observasi dibandingkan dengan pasien yang hanya membutuhkan observasi secara intensif.

2.6 Kecemasan

1. Pengertian

Kecemasan atau disebut dengan *anxiety* adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan, berupa respon-respon psikofisiologis yang timbul sebagai antisipasi bahaya yang tidak nyata atau khayalan, tampaknya disebabkan oleh konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung (Dorland, 2010).

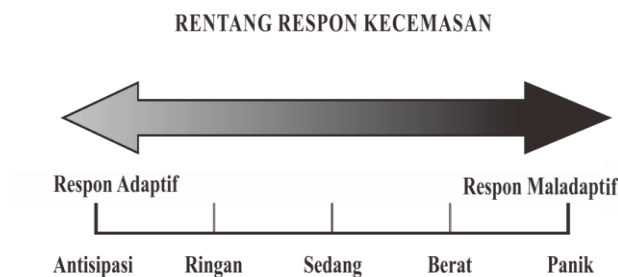
2. Gejala cemas

Menurut Sutejo (2018), tanda dan gejala pasien dengan ansietas adalah cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung, pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut, pasien mengatakan takut bila sendiri atau pada keramaian dan banyak orang, mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan.

3. Tingkat kecemasan

Tingkatan kecemasan dapat dikelompokkan dalam beberapa tingkatan diantaranya yaitu kecemasan ringan (*mild anxiety*), kecemasan sedang (*moderate anxiety*) dan kecemasan berat (*severe anxiety*) Putry (2014). Tingkat Kecemasan adalah suatu rentang respon yang membagi individu apakah termasuk cemas ringan, sedang, berat atau bahkan panik. Tingkat kecemasan paling berat/panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup

disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan kematian.



Gambar 2.1 Rentang respon kecemasan (Stuart 2007).

Beberapa kategori kecemasan menurut Stuart (2007) antara lain:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan sedang ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Kecemasan berat

Tingkat kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk

mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d. Kecemasan panik

Tingkat kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

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

a. Faktor prediposisi yang menyangkut tentang teori kecemasan:

1) Teori Psikoanalitik

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

2) Teori Interpersonal

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

3) Teori perilaku

Pada teori ini, kecemasan timbul karena adanya stimulus lingkungan spesifik, pola berpikir yang salah, atau tidak produktif dapat menyebabkan perilaku maladaptif. Menurut

Stuart (2013), penilaian yang berlebihan terhadap adanya bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman merupakan penyebab kecemasan pada seseorang.

4) Teori biologis

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

b. Faktor presipitasi

1) Faktor Eksternal

a) Ancaman Integritas Fisik

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

b) Ancaman Sistem Diri

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

2) Faktor Internal

a) Usia

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

b) Stressor

Kaplan dan Sadock (2010) mendefinikan stressor merupakan tuntutan adaptasi terhadap individu yang disebabkan oleh perubahan keadaan dalam kehidupan. Sifat stresor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat mempengaruhi seseorang

dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang. Semakin banyak stresor yang dialami mahasiswa, semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stressor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan.

c) Lingkungan

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

d) Jenis kelamin

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

e) Pendidikan

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

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

a. Umur

Menurut Elisabeth, B.H (1995 cit Nursalam 2016), yaitu umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Pendapat lain mengemukakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja dari segi kepercayaan masyarakat.

Menurut Long (1996 cit Nursalam 2001), yaitu semakin tua umur seseorang semakin konstruktif dalam menggunakan coping terhadap masalah maka akan sangat mempengaruhi konsep dirinya. Umur dipandang sebagai suatu keadaan yang menjadi dasar kematangan dan perkembangan seseorang.

b. Pendidikan

Pendidikan kesehatan merupakan usaha kegiatan untuk membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk mencapai hidup secara optimal.

Makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Jadi dapat diasumsikan bahwa faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan seseorang tentang hal baru yang belum pernah dirasakan atau sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang terhadap kesehatannya.

c. Pekerjaan

Perkerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Perkerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi merupakan cara mencari nafkah yang banyak tantangan (Nursalam 2012).

d. Informasi

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

6. Pengukur kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran ingkat kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan Hidayat (2007). Cara penilain HARS dengan sistem skoring yaitu, skor 0 = tidak ada gejala, skor 1 = ringan (satu gejala), skor 2 = sedang (dua gejala), skor 3 = berat (lebih dari dua gejala), skor 4 = sangat berat (semua gejala). Bila skor <14 = tidak cemas, skor 14 – 20 = cemas ringan, skor 21 – 27 = cemas sedang, skor 28 – 41 = cemas berat, skor 42 – 56 = panik.

7. Penatalaksanaan kecemasan

Penatalaksanaan untuk menangani kecemasan secara umum meliputi Issacs (2005):

a. Penatalaksanaan farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama *Benzodiazepine*, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak di anjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Penderita yang hendak masuk ke kamar operasi harus terbebas dari rasa cemas dan beberapa tujuan khusus telah tercapai dengan pemberian obat premedikasi. Salah satu tujuan premedikasi adalah untuk meredakan kecemasan dan ketakutan.

b. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Distraksi

Merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambatan stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak, mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang (Potter & Perry 2005).

2) Relaksasi

Terapi relaksasi yang dilakukan dapat berupa relaksasi napas dalam, meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresi Isscs (2005). Relaksasi merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatis yang menstimulasi turunya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang di turunkan oleh saraf simpatis.

2.7 Perilaku *caring*

1. Pengertian

Swanson (dalam Watson, 2005) mendefinisikan *caring* sebagai cara perawat memelihara hubungan yang bernilai dengan pasien agar mereka merasakan komitmen dan tanggung jawab terhadap dirinya sendiri. Watson menyebutkan *caring* sebagai suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan secara genetika, namun dapat dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi. Tenaga Kesehatan professional harus memiliki sikap ramah, sopan, penuh simpati, dan *caring*. (Ernawati 2020). Untuk membantu, mendukung, dan melayani pasien dengan kebutuhan khusus, perawat harus terlibat dalam sejumlah perilaku khusus yang merupakan proses interpersonal yang penting. Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarganya adalah kewajiban moral untuk menjaga, dan perilaku *caring* adalah jenis dukungan emosional (Pardede 2020). Salah satunya melakukan perilaku *caring* di ruang *intensif care unit* kepada pasien dan keluarga pasien.

2. Manfaat perilaku *caring*

Dengan menerapkan sikap *caring* dalam asuhan keperawatan, maka pasien akan lebih menghargai perawat yang memperlakukan mereka dengan sepenuh hati karena perawat ada disaat mereka memerlukannya dan pasien merasa lebih diperhatikan (Rahmayani, 2020)

3. Dimensi perilaku *caring*

Menurut Kusnanto (2019) Ada lima dimensi yang mendasari konsep *caring*, yaitu:

a. *Maintening belief*

Maintening belief adalah kepekaan diri seseorang terhadap harapan yang diinginkan orang lain ataupun membangun harapan. Indikator yang terdapat pada kepekaan diri, yaitu:

- 1) Selalu punya rasa percaya diri yang tinggi
- 2) Mempertahankan perilaku yang siap memberikan harapan orang lain.
- 3) Selalu berfikir realistis
- 4) Selalu berada disisi klien dan siap memberikan bantuan.

b. *Knowing*

Perawat harus mengetahui kondisi klien, memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan, menghindari asumsi, fokus pada klien, mencari isyarat, menilai secara cermat dan menarik. Efisiensi dan efektivitas *terapeutik caring* ditingkatkan oleh pengetahuan secara empiris, etika dan estetika yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik secara aktual dan potensial. Indikator *knowing* adalah:

- 1) Mengetahui kebutuhan dan harapan pasien.
- 2) Manfaat perawatan dan kejelasan rencana perawatan
- 3) Hindari persyaratan untuk bertindak, karena perawat peduli pasien.
- 4) Tidak hanya mengerti kebutuhan dan harapan tetapi fokus pada merawat yang benar atau efisien dan berhasil guna atau efektif.

c. *Being with*

Being with merupakan kehadiran dari perawat untuk pasien, perawat tidak hanya hadir secara fisik saja, tetapi juga melakukan komunikasi membicarakan kesiapan/ kesediaan untuk bisa membantu serta berbagi perasaan dengan tidak membebani pasien.

Perawat juga hadir dengan berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien dengan maksud memberikan dukungan kepada klien, memberikan kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.

d. *Doing for*

Doing for berarti bekerja sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat bisa memberikan kontribusi dalam pemulihan kesehatan (atau sampai meninggal dengan damai). Perawat akan tampil seutuhnya ketika diperlukan dengan menggunakan semua kekuatan maupun pengetahuan yang dimiliki.

e. *Enabling*

Enabling adalah memampukan atau memberdayakan klien, perawat memberikan informasi, menjelaskan memberi dukungan dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah agar klien mampu melewati masa transisi dalam hidup yang belum pernah dialaminya sehingga bisa mempercepat penyembuhan klien ataupun supaya klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dilakukannya.

f. Pengukuran perilaku *caring*

Alat ukur *caring professional scale (CPS)* yang disempurnakan oleh Swanson, CPS terdiri dari subskala *analitik* yaitu *Compasoiionate healer* dan *compotent practitioner* yang berasal dari 5 komponen *caring swanson* yaitu mengetahui (*Knowing*), kehadiran (*Being with*), melakukan tindakan (*Doing for*), memampukan (*Enabling*), dan mempertahankan kepercayaan (*Maintenancing Believe*), (Kusnanto, 2019). CPS terdiri dari 14 item, uji *valididtas* dan *reliabilitas* CPS dikembangkan alat ukur CPS dengan subskala *empati the barret-lenart relationship inventory* ($r=0,61$, $p<0,001$).

g. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku *Caring* Perawat

Menurut Yuliawati (2012) faktor yang mempengaruhi caring perawat antara lain:

1. Beban Kerja

Tingginya beban kerja yang dilakukan oleh perawat menyebabkan tingginya stress yang terjadi pada perawat sehingga menurunkan motivasi perawat untuk melakukan *caring*. Juliani (2009) menyampaikan ada hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat dengan pelaksanaan perilaku caring perawat. Beban kerja yang tinggi menyebabkan kelelahan pada perawat sehingga menurunkan motivasi perawat untuk bersifat caring. Tingginya beban kerja menyebabkan perawat memiliki waktu yang bersifat lebih sedikit untuk memahami dan memberikan perhatian terhadap pasien secara emosional dan hanya berfokus terhadap kegiatan yang bersifat rutinitas, seperti memberikan obat dan menulis catatan perkembangan (Yuliawati, 2012).

2. Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja yang nyaman akan menimbulkan kenyamanan dalam bekerja pada perawat sehingga memungkinkan perawat untuk menerapkan perilaku caring. Suryani (2010) menyebutkan bahwa lingkungan kerja memiliki pengaruh yang positif terhadap perilaku *caring* perawat dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Lingkungan kerja tidak hanya terpaku pada lingkungan fisik saja, namun lebih dari itu iklim kerja yang kondusif, kesempatan untuk meningkatkan jenjang karir dan upah dan penghasilan berdampak pada meningkatnya kinerja dan motivasi perawat melakukan *caring* (Yuliawati, 2012).

3. Pengetahuan dan pelatihan

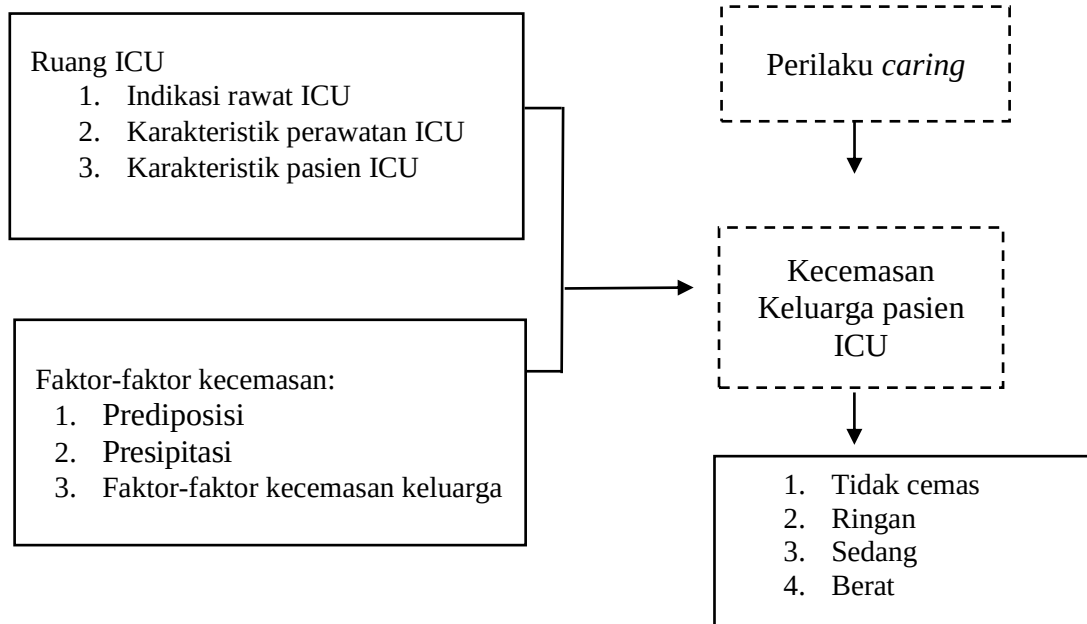
Seperti yang telah disampaikan sebelumnya, bahwa *caring* tidak tumbuh dengan sendirinya tetapi timbul berdasarkan nilai-nilai

dan pengalaman menjalin hubungan dengan orang lain. Peningkatan pengetahuan dan pelatihan *caring* yang diberikan kepada perawat dapat meningkatkan kesadaran perawat untuk melakukan *caring* sesuai dengan teori yang dikembangkan. Pengetahuan yang tinggi tentang *caring*, menunjukkan perilaku *caring* yang lebih baik (Yuliawati, 2012).

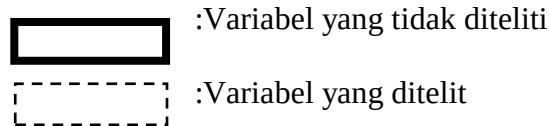
h. Tujuan perilaku *caring*

Pada dasarnya tujuan perilaku *caring* adalah agar perilaku perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga/mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain dalam proses penyembuhan penyakit, penderiataan dan keberadaannya membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri dengan sentuhan kemanusiaan (Watson, 2024).

2.8 Kerangka Teori



Keterangan:



Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian (Kemenkes, 2012), (Dorland, 2010),
(Hipercci, 2018), (Ernawati 2020)

2.9 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara, patokan sebuah perkiraan, harus dibuktikan kebenarannya melalui sebuah penelitian. Penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif (H_a) yaitu ada hubungan perilaku *caring* dengan tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU. (H_o) tidak ada hubungan perilaku *caring* dengan Tingkat kecemasaan keluarga pasien diruang ICU. H_a akan diterima apabila $p \text{ value} < \alpha (0,05)$.

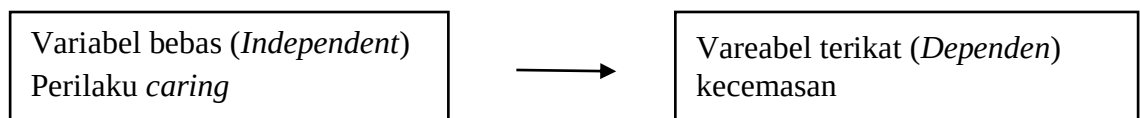
BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu rancangan yang digunakan untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*), yang dilakukan pada satu waktu tertentu (Notoatmodjo, 2012). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *intensif care unit* (ICU).

3.2 Kerangka konsep



Gambar 3.1 Kerangka konsep

3.3 Variable penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Perbedaan variabel ini merupakan suatu ciri yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit (Andriana et al., 2023)

1. Variabel *independent*

Variabel bebas/*Independent* variable adalah nilai yang mempengaruhi variabel lainnya. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel yang lain (Andriana et al., 2023). Variabel bebas pada penelitian ini adalah perilaku *caring*.

2. Variabel *dependent*

Variabel terikat/ *Dependent* variabel adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel yang lain. Variabel respon dapat muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel yang lain. Variabel terikat merupakan faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Andriana et al., 2023). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kecemasan.

3.4 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan pemberian definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati dan dapat diukur dari suatu yang didefinisikan.

Karakteristik yang dapat diamati dan dapat (diukur) tersebut yang merupakan kunci dari definisi operasional (Andriana et al., 2023).

Tabel 3.1 Definisi operasional penelitian

Variable	Definisi	Alat dan cara ukur	Skala pengukuran	Hasil ukur
Perilaku <i>caring</i>	Perilaku caring adalah suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, serta suatu perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi.	Kuisoner	Ordinal	CPS terdiri dari 14 item Skor: Tidak Pernah: Kadang – Kadang: 2 Sering: 3 Selalu: 4 Kategori: <i>Caring</i> Baik :43– 56 (76-100%) <i>Caring</i> Cukup 29 – 42 (51-75%) <i>Caring</i> kurang: 14 -28 (25-50%)
Kecemasan	Keadaan emosional yang tidak menyenangkan, berupa respon-respon psikofisiologis	Kuisoner	Ordinal	Sistem skoring: skor 0 = tidak ada gejala, skor 1 = ringan (satu gejala), skor 2 =

yang timbul sebagai antisipasi bahaya yang tidak nyata atau khayalan, tampaknya disebabkan oleh konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung. Kecemasan pada keluarga pasien di ruang ICU perlu menjadi perhatian perawat karena hal ini akan menyebabkan pengambilan keputusan. Keluarga mempunyai peran penting dalam pengambilan keputusan secara langsung maupun tidak langsung dalam tindakan pertolongan (perawatan dan pengobatan kepada pasien (Kiptiyah, 2016).	sedang (dua gejala), skor 3 = berat (lebih dari dua gejala), skor 4 = sangat berat (semua gejala). Bila skor <14 = tidak cemas, skor 14 – 20 = cemas ringan, skor 21 – 27 = cemas sedang, skor 28 – 41 = cemas berat, skor 42 – 56 = panik.
--	---

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

1. Waktu penelitian

Waktu yang digunakan penelitian untuk penelitian ini dilaksanakan sejak tanggal dikeluarkannya ijin penelitian yang dilakukan bulan Juni sampai Juli 2024.

2. Tempat penelitian

Tempat pelaksanaan penelitian ini adalah diruang tunggu ICU RS Harapan Kota Magelang.

3. Populasi dan sampel

Populasi adalah seluruh kumpulan elemen yang menunjukkan karakteristik tertentu yang dapat digunakan untuk mengambil kesimpulan (Sanusi, 2011). Menurut Sugiyono (2012) populasi adalah seluruh obyek atau subyek yang memiliki ciri-ciri dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien diruang *intensif care unit* sejumlah 30 pasien.

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

4. Teknik pengambilan sampel

a. Teknik observasi

Observasi adalah pengamatan yang dilakukan secara sengaja, sistematis mengenai fenomena sosial dengan gejala-gejala psikologis untuk kemudian dilakukan pencatatan.

b. Teknik wawancara

Wawancara adalah suatu percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan kedua belah pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang mewawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu.

c. Teknik dokumentasi

Teknik dokumentasi adalah setiap bahan tertulis, film dan gambar yang dapat memberikan informasi. Melalui teknik ini penulis

berupaya untuk mencari data dari hasil sumber tertulis, melalui dokumen atau apa saja yang memiliki relevansi sehingga dapat melengkapi data yang diperoleh di lapangan.

5. Kriteria inklusi dan Eksklusi

a) Kriteria inklusi

Menurut Notoatmojo (2010), kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Usia 17-60 tahun
- 2) Dapat membaca dan menulis
- 3) Merupakan anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ICU

b) Kriteria eksklusi

- 1) Keluarga pasien tidak bersedia menjadi responden.

3.6 Alat dan Pengumpulan Data

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri dari data kategorik dan numerik. Data kategorik berupa jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan pasien, dan riwayat keluarga dalam merawat pasien disajikan dalam jumlah dan persentase, sedangkan data numerik yaitu umur dan riwayat keluarga dalam merawat pasien di ruang *intensif*.
2. Peneliti memberikan informasi tentang tujuan penelitian dan keikutsertaan dalam penelitian ini kepada sampel penelitian, bagi yang setuju berpartisipasi dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani lembar persetujuan penelitian (*informed consent*).
3. Peneliti mengukur tingkat kecemasan dan perilaku *caring* perawat dari keluarga pasien
4. Pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti menyebarkan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) dan kuisoner perilaku *caring* perawat kepada responden.

Alat pengumpulan data yang digunakan penelitian berupa kuesioner yang diberikan kepada keluarga pasien diruang ICU (Agustinaetal.,2023).

Dalam alat pengumpulan data ada 2 yang harus diperhatikan:

1. Validasi

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat validitas atau keaslian suatu instrument. Suatu valid atau sah mempunyai validitas tinggi. Sebaiknya instrument yang kurang valid berarti memiliki validitas yang rendah.

2. Uji Reliabilitas

Uji rehabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya (Arife et al., 2019). Pertanyaan yang sudah valid kemudian di uji reliabilitas dengan cara membandingkan r tabel dengan r hasil. Kuesioner diuji dengan rumus *alphacronbach* dengan Teknik komputeriasi menggunakan SPSS dengan Tingkat kemaknaan 5% (0,05).

3.7 Metode pengolahan dan Analisa data

1. Pengelolaan data

Data yang sudah diperoleh merupakan data yang masih mentah dan belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Data yang dikumpulkan merupakan data yang harus diolah menggunakan aplikasi atau software IBM *statistical productand solution* (SPSS) versi 26. Untuk disajikan disajikan dalam bentuk table atau grafik sehingga memudahkan untuk dilakukan analisa dan ditarik kesimpulan. Pengelolaan data merupakan proses penting dalam penelitian, proses pengelolaan data meliputi *editing, coding, processing, cleaning dan tabulating* (Agustinaetal., 2023).

- a. *Editing*/mengedit data

Editing adalah kegiatan pemeriksaan kelengkapan, kejelasan dan kesesuaian data yang telah dikumpulkan. Jawaban dan tulisan responden jelas untuk dibaca dan relevan dengan pertanyaan dari kuesioner setelah penyebaran kuesioner dan kuesioner terkumpul

kembali, penelitian melakukan *editing* dengan cara meneliti kelengkapan, kejelasan, kesesuaian data dan tidak ditemukan kesalahan. Proses *editing* merupakan suatu kegiatan untuk melakukan pengecekan dan perbaikan isian kuesioner demi mengurangi kekurangan data (Andrianaetal.,2023).

b. *Coding*/memberi tanda

Coding adalah pemberian kode-kode pada tiap data yang termasuk dalam kategori sama. Kode dibuat dalam bentuk angka atau huruf sebagai petunjuk suatu informasi atau data yang akan dianalisis (Arife et al., 2019).

c. *Processing*/memasukan data

Processing merupakan kegiatan memasukan data ke computer untuk dianalisis. Setelah proses *coding* data terkumpul dan dimasukan dalam program komputer IBM *statistical product and service solutions* (SPSS) versi26 untuk dilakukan analisis.

d. *Cleaning*/pembersihan data

Cleaning merupakan proses pengecekan Kembali setelah semua data dari sumber data atau responden telah dimasukan. Pembersihan data dilakukan untuk melihat adanya kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan kemudian dilakukan pengecekan atau koreksi.

e. *Tabulating*/pengelompokan data

Dilakukan tabulasi agar mengelompokan data dengan membuat daftar table frekuensi sesuai analisis yang dibutuhkan.

2. Analisa data

Dalam penelitian ini, data yang sudah terkumpul selanjutnya akan diolah dan dianalisis dengan Teknik statistik. Proses pemasukan data dan pengolahan data menggunakan aplikasi perangkat lunak computer dengan menggunakan program SPSS versi 23 *foer windows*.

Pada penelitian ini menggunakan dua cara dalam menganalisis data, yaitu analisis nivariat dan bivariat.

1. Analisis *univariat*

Analisis *univariat* merupakan proses analisis data pada tiap variabelnya. Analisis *univariat* digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi variabel bebas dan terikat yang bertujuan untuk melihat variasi masing-masing variabel tersebut dari pengertian tersebut, analisa univariat dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, Pendidikan dan pekerjaan pasien dengan menggunakan Analisa *univariat* untuk mencari distribusi frekuensi dan presentase perilaku *caring* perawat serta tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang ICU(Arifeetal.,2019).

2. Analisis *bivariat*

Analisis *bivariat* merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variable yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Arife et al., 2019). Penelitian ini menggunakan penelitian analitik yang melakukan analisis terhadap hubungan 2 variabel (*bivariate*) yaitu variabel perilaku *caring* perawat dan tingkat kecemasan. Alat analisis yang digunakan adalah *Chi square*. *Chi square* adalah salah satu uji statistic non-parametrik yang cukup sering digunakan dalam penelitian yang menggunakan 2 variabel dimana skala data kedua variable adalah ordinal.

Interprestasi hasil uji statistik bila:

- a) p value lebih kecil dari nilai probabilitas (0,05) maka H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya ada hubungan perilaku *caring* perawat dan tingkat kecemasan.
- b) p value lebih besar atau sama dengan nilai probabilitas (0,05) maka H_0 diterima dan H_a ditolak, artinya ada hubungan perilaku *caring* perawat dan tingkat kecemasan.

3.8 Etika penelitian

Sebelum penelitian dimulai dilakukan, penelitian memperhatikan proses etika penelitian. Etika penelitian diperlukan karena menggunakan manusia sebagai objek penelitian yang memiliki hak asasi sebelum kegiatan penelitian dilaksanakan. Sebelum melaksanakan penelitian, penelitian juga melakukan *ethical clearance* melalui proses pengajuan surat permohonan untuk melakukan izin penelitian kepada komisi etika penelitian kesehatan (KEPK) yang ditunjukkan kepada direktur RSUD Tidar Kota Magelang. Nomor izin penelitian yang sudah disetujui. Dalam penelitian, etika penelitian (*ethical principle*) harus dipertimbangkan selain metode, desain dan aspek lainnya. Empat prinsip etik dalam penelitian menurut (Agustina et al., 2023) adalah sebagai berikut:

1. Menghormati martabat dan harkat manusia (*respect for human dignity*) Penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan penelitian untuk melakukan penelitian, peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak memberikan informasi.
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*) Setiap orang mempunyai hak dasar, termasuk privasi dan kebebasan informasi. Setiap orang berhak untuk memberikan apa yang diketahui kepada orang lain. Penelitian tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek, dan penelitian menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.
3. Keadilan dan inklusivitas, prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh penelitian dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk lingkungan penelitian dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yaitu dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin semua subjek mendapat perlakuan dan manfaat yang sama, tanpa memandang jenis kelamin, agama, latar belakang etnis, dan lain-lain.

4. Penelitian dilakukan dengan tujuan memberikan manfaat bagi pasien yang melakukan pemeriksaan kesehatan diruang ICU di Rumah Sakit Harapan Kota Magelang. Penelitian ini dapat mengetahui tentang perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan dan Tindakan untuk memenuhi keselamatan pasien dan mencegah kecacatan untuk pasien yang masuk di *Intensif care unit* (ICU).

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian tentang Hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU RS Harapan Kota Magelang maka dapat disimpulkan:

1. Karakteristik responden berdasarkan usia didapatkan usia maksimal 27 tahun, maksimal 45 tahun, dan rata-rata 34,73. Jenis kelamin didapatkan pada kategori laki-laki sebanyak 12 responden atau 52,2% dan perempuan 11 responden atau 47,8%.
2. *Caring* didapatkan kategori paling banyak pada cukup sebanyak 11 responden atau 47,8% dan paling sedikit pada kategori kurang sebanyak 2 responden atau 8,7%.
3. Kecemasan pasien didapatkan kategori paling banyak pada tidak cemas sebanyak 12 responden atau 52,2% dan paling sedikit pada kategori sedang sebanyak 2 responden atau 8,7%.
4. Hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU RS Harapan Kota Magelang menggunakan uji *chi-square* didapatkan *P-Value* 0,000 yang artinya hasil $<0,05$. Berdasarkan panduan uji statistik dapat diartikan terdapat hubungan perilaku *caring* perawat terhadap tingkat kecemasan keluarga pasien diruang ICU RS Harapan Kota Magelang.

5.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai acuan dalam meningkatkan perilaku *caring* perawat terhadap pasien rawat inap. Data yang di peroleh supaya menjadi pedoman untuk ditindak lanjuti

2. Bagi Perawat

Diharapkan dapat menjadikan masukan bagi perawat untuk memberikan penyuluhan kepada pasien sebagai upaya untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan pasien di ICU.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai acuan bagi peneliti lain yang akan mengembangkan penelitian selanjutnya dan dapat dijadikan tolak ukur bagi peneliti yang akan meneliti variabel lain yang berhubungan dengan *caring* dan kecemasan pasien di ICU.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, A., & Houghty, G. S. (2015). Sosialisasi profesi dan sikap caring pada mahasiswa di Fakultas Ilmu Keperawatan. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 1(01), 66-74.
- Ann Isaacs. 2005. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatri (3rd ed.)*. Jakarta: EGC.
- Astutik, W. P., Lumadi, S. A., & Maulidia, R. (2023). Hubungan Perilaku Caring Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 12(1)
- Az-Zahro, R., Agustin, W. R., & Kurniawan, S. T. (2023). Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Dan Koping Keluarga Pasien Yang Terpasang Ventilator Di Ruang ICU. *Prodi Keperawatan Program Sarjana Universitas Kusuma Husada Surakarta*
- Ernawati, Ernawati, and Bettywati E. Tumanggor. "Hubungan Karakteristik individu dan Perilaku Caring Perawat Dengan Kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Abdul Manap Jambi Tahun 2019." *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 20.3 (2020): 996-1002.
- Elvandi, M. D. (2020). Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pra Operasi Di Rumah Sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan , Universitas Jember*
- Firmansyah, C. S., Noprianty, R., & Karana, I. (2019). Perilaku Caring Perawat Berdasarkan Teori Jean Watson di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 33-48. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.40957>
- Hidayati N. *Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2013
- Hidayah, N., & Prapitasari, R. (2020). *Konsep Dasar Mutu Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Adab.
- Kemenkes RI. 2010. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778

- Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusnanto. (2019). *Perilaku Caring Perawat Profesional*. Pusat Penerbitan dan Percetakan Universitas airlangga (AUP). Surabaya.
- Kemenkes RI. 2012. Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Rawat Inap. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015* 2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigami Kaamitsuru. Jakarta: EGC
- Pardede, J.A. & Simamora, M. (2020). Caring Perawat Berhubungan dengan Kecemasan Orangtua yang Anaknya Hospitalisasi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(2), 171-178. Retrieved from <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/93>
- Sugiyono. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: ALFABETA; 2012.
- Soetjiningsih, IG. N. Gde Ranuh. *Tumbuh Kembang Anak Edisi 2*. Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC. 2013, Halaman 595-609
- Sentana, A. D. (2016). Analisi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice (IJNSP) 23 Dirawat Di Ruang Intensif Care RSUD Provinsi NTB Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Prima*. Vol.10. No. 2.1694- 1708. doi: 10.32807/jkp. v10i2.21
- Rohmah, R. A. N., Sani, F. N., & Rahmasari, I. (2024). Hubungan Sikap Caring Pelaksana Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1).
- Suwarni, Anik, Pamungkas, I. Y., & Anggraini, L. (2022). Pengaruh Perilaku Caring Dan Kualitas Pelayanan Keperawatan Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Griya Husada Madiun. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 15(2), 80–70.
- Trisnawati, I. (2021). Perilaku Caring Perawat Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Kanker dalam Menjalani Kemoterapi. *Dohara Publisher Open Access*

Journal, 1(2).

Wahyu, W. (2021). Pengaruh Sikap Caring Perawat Terhadap Kepuasan Pelayanan Pasien Rawat Inap Terpadu A Di RSUP H. Adam Malik Meda. *Health Science and Rehabilitation Journal*, 1(1), 27–34.