



**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN  
MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN  
CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) DI RUANG INTENSIVE CARE  
UNIT (ICU)**

**SKRIPSI**

**Oleh:**

**Rika Yulia Angraini**

**NIM : 30902300108**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2024**



**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN  
MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN  
CORONARY ARTERY DISEASE (CAD) DI RUANG INTENSIVE CARE  
UNIT (ICU)**

**SKRIPSI**

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan**

**Oleh:**

**Rika Yulia Anggraini**

**NIM : 30902300108**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2024**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Skripsi ini ditulis oleh saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sepenuhnya mematuhi peraturan perundang-undangan Fakultas Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dan saya jamin bebas dari plagiarisme. Saya akan bertanggung jawab penuh dan konsekuensi yang dikenakan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang jika dikemudian hari terbukti saya melakukan plagiat.

Tangerang, 15 Agustus 2024

Mengetahui

Wakil Dekan I



(Dr. Hj. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat)

NIDN 0609067504

Peneliti



NIM : 30902300108

UNISSULA  
جامعة سلطان أبوبنوع الإسلامية

## HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi Berjudul:

### **HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN CAD DIRUANG ICU**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Rika Yulia Anggraini

NIM : 30902300108

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I tanggal:

26 Agustus 2024



Ns.Moh. Arifin Noor, M.Kep.,

Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2708-8403

Pembimbing II tanggal:

26 Agustus 2024



Ns.Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN : 06-1509-8802

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul

### HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN CAD DIRUANG ICU

Disusun Oleh:

Nama : Rika Yulia Anggraini

NIM : 30902300108

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal Maret 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I

DR. Suyanto, S.Kep., Ns.,M.Kep,Sp.Kep.MB  
NIDN : 06-2006-8504



Penguji II

Ns.Moh.Arifin Noor, M.Kep.,Sp.Kep.MB  
NIDN : 06-2708-8403



Penguji III

Ns.Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep  
NIDN : 06-1509-880



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM, M.Kep  
NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS SULTAN AGUNG SEMARANG  
Skripsi, Juli 2024**

**ABSTRAK**

Rika Yulia Anggraini

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN  
MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN CAD  
DIRUANG ICU**

**Latar Belakang** : CAD merupakan penyakit jantung yang dapat menyebabkan kecacatan, penurunan kualitas hidup bahkan kematian. Hal ini menimbulkan kecemasan pada pasien, jika tidak segera ditangani maka akan berlanjut menjadi depresi yang dapat memperburuk kondisi pasien, memperlambat proses penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU.

**Metode** : Metode penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *crosssectional* dengan jumlah sampel 30 responden.

**Hasil** : Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan mekanisme coping pasien CAD di Ruang ICU RS Asih Karawaci dengan tingkat keeratan kuat ( $R=0.6240$ ), dan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan dengan tingkat keeratan cukup kuat ( $R=0.505$ ).

**Kesimpulan** : Komunikasi terapeutik perawat dan mekanisme coping yang adaptif sangat penting untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien dengan CAD.

**Kata kunci** : Komunikasi Terapeutik, Mekanisme Koping, Kecemasan, CAD

**Daftar Pustaka** : 67 (2010 -2023)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING FACULTY OF NURSING  
SCIENCE SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG**  
Thesis, July, 2024





## ABSTRACT

Rika Yulia Anggraini

### **THE RELATIONSHIP OF NURSES' THERAPEUTIC COMMUNICATION WITH COPING MECHANISM AND ANXIETY LEVEL OF CAD PATIENTS IN THE ICU**

**Background :** CAD is a heart disease that can cause disability, decreased quality of life and even death. This causes anxiety in patients, if not treated immediately it will progress to depression which can worsen the patient's condition, slow down the healing process, increase complications and mortality. The aim of this study was to determine the relationship between nurses' therapeutic communication with coping mechanisms and the anxiety level of CAD patients in the ICU.

**Method:** This research method is descriptive analytic using a cross-sectional approach with a sample size of 30 respondents.

**Results :** The results obtained from this research are that there is a relationship between therapeutic communication and the coping mechanisms of CAD patients in the ICU at Asih Karawaci Hospital with a strong level of closeness ( $R=0.6240$ ), and there is a relationship between therapeutic communication and anxiety levels with a fairly strong level of closeness ( $R= 0.505$ ).

**Conclusion:** Nurses' therapeutic communication and adaptive coping mechanisms are very important to reduce the anxiety level of patients with CAD.

**Keywords:** Therapeutic Communication, Coping Mechanisms, Anxiety, CAD

**Bibliography:** 67 (2010 -2023)



## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ASSALAMUALAIKUM Wr.Wb

*Alhamdulillah* rabbil'alamiin, penulis ucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT. Atas rahmat-Nya, karunia-Nya serta taufiq-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN MEKANISME COPING DAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN CAD DIRUANG ICU”** sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

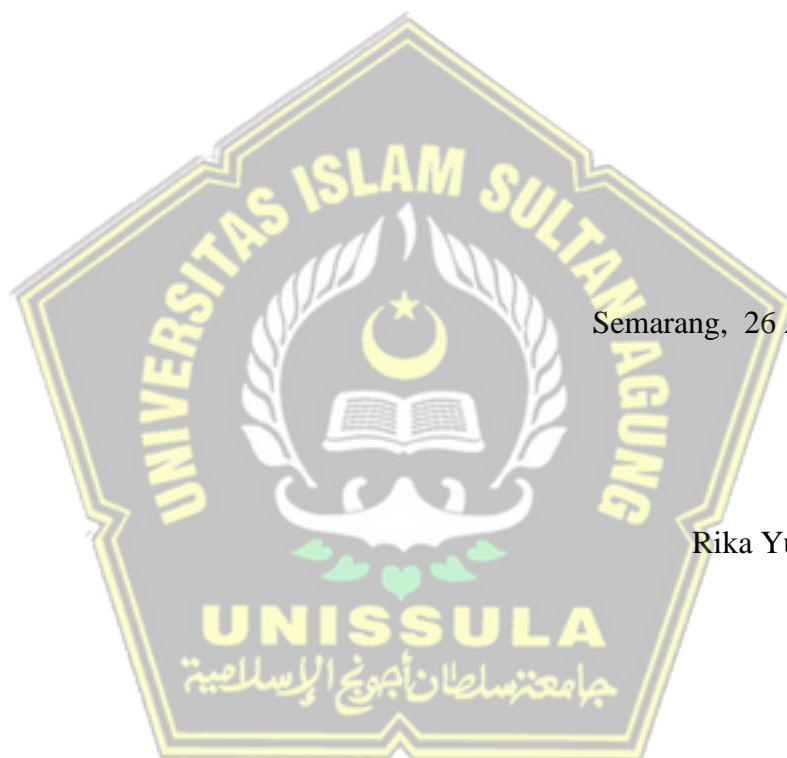
Skripsi ini disusun bertujuan untuk dapat memenuhi persyaratan dan memperoleh gelar sarjana keperawatan pada jurusan S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Proses penyusunan skripsi ini tidak dapat terselesaikan tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan dan setulus hati, perkenankan penulis menyampaikan ucapan rasa terima kasih *syukron jazakumullah wa ahsanal jaza' fid dunya wal akhirah* kepada :

1. Prof. Dr. H.Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep. selaku Dekan fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep.,Sp.Kep.MB, sebagai Ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ijin penelitian.

4. Ns. Moh. Arifin Noor, M Kep, Sp.KMB dan Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku pembimbing I dan II yang telah menyediakan waktu, tenaga, sumbangan pemikiran dalam memberikan arahan dan bimbingan, yang selalu sabar membimbing penulis, serta selalu memberikan semangat, motivasi dan nasehat kepada penulis dari awal penyusunan sampai terselesaikannya pengerjaan skripsi ini.
5. Ns. Suyanto, M.Kep. Sp Kep.MB selaku penguji I yang telah meluangkan waktu serta tenaganya dalam bimbingan dan arahan.
6. Seluruh Dosen pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Ayah dan Ibu saya yang doanya selalu mengiringi langkah saya.
8. Suami dan buah hati saya yang senantiasa selalu bersabar dan mensupport saya dalam menempuh studi.
9. Kepada pihak Rumah Sakit Sari Asih Karawaci Kota Tangerang yang sudah membimbing dan membantu jalannya penyusunan skripsi ini.
10. Seluruh rekan rekan saya perawat ruang ICU Rs Sari Asih Karawaci yang tidak bisa saya sebut satu persatu, yang telah bersedia meluangkan waktu, serta pasien pasien khususnya CAD untuk menjadi responden dan menjawab kuesioner dalam penyusunan skripsi ini.
11. Seluruh teman mahasiswa UNISSULA, rekan kelas RPL angkatan 2024.

Penulis sadari skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu atas ketidaksempurnaan yang dimiliki penulis, kritik dan saran yang sekiranya dapat

membangun untuk menjadikan skripsi ini jauh lebih baik dapat para pembaca berikan. Akhir kata penulis mengucapkan *syukron jazakumullah wa ahsanal jaza' fiddunya wal aakhirah* atas semua doa dan dukungan yang diberikan kepada penulis. Semoga pihak-pihak yang telah banyak mendukung diberikan rahmat serta kebahagiaan dunia dan akhirat oleh-Nya, Aamiin.



Semarang, 26 Agustus 2024

Rika Yulia Anggraini

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR .....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Tinjauan Teori.....	7
1. <i>Coronary Artery Disease</i> .....	7
2. Mekanisme Coping .....	21
3. Komunikasi Terapeutik.....	29
4. Kecemasan .....	44
5. Konsep ICU ( <i>Intensive Care Unit</i> ) .....	57
B. Kerangka Teori.....	66
C. Hipotesa .....	667
BAB III .....	68
METODOLOGI PENELITIAN.....	68
A. Kerangka Konsep.....	68

B. Variabel Penelitian.....	68
C. Desain Penelitian .....	69
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	69
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	71
F. Definisi Operasional .....	72
G. Alat Pengumpul Data.....	73
H. Metode Pengumpulan Data.....	77
I. Rencana Analisa Data .....	79
J. Etika Penelitian .....	80
BAB IV .....	81
HASIL PENELITIAN .....	81
A. Analisa Univariat .....	881
B. Analisa Bivariat.....	84
BAB V .....	86
PEMBAHASAN .....	86
A. Analisis Univariat .....	86
B. Analisis Bivariat.....	103
BAB VI.....	113
KESIMPULAN DAN SARAN.....	113
A. Kesimpulan .....	113
B. Saran .....	114
DAFTAR PUSTAKA .....	116
LAMPIRAN.....	122

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Definisi Operasional .....	72
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30) .....	81
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30).....	82
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30).....	82
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang ICU di Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30).....	82
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30) .....	83
Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang (n=30) .....	83
Tabel 4. 7 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Mekanisme Koping Pasien CAD di Ruang ICU .....	84
Tabel 4. 8 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien CAD di Ruang ICU .....	85

## DAFTAR GAMBAR

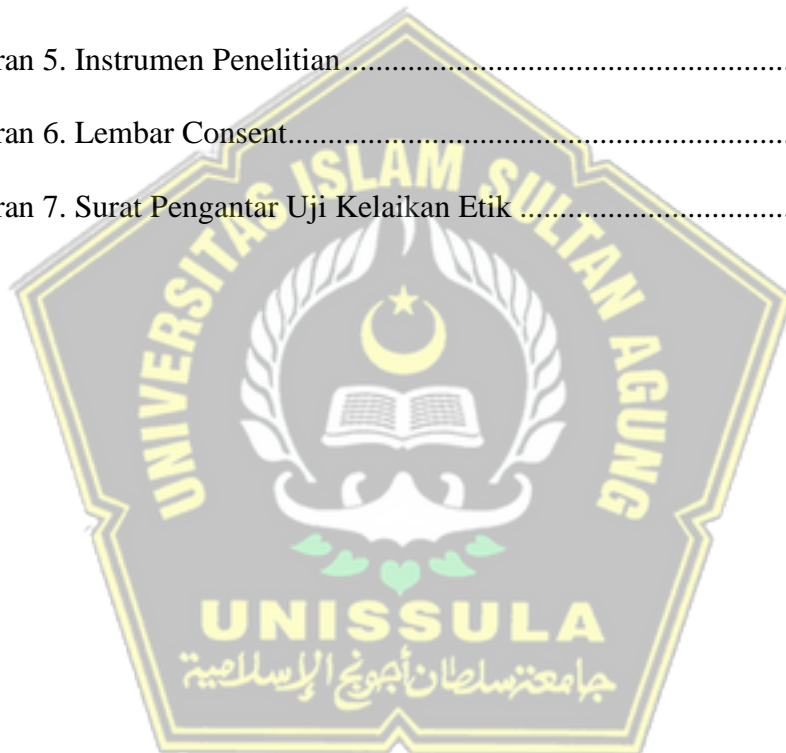
Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	66
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep.....	68





## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian .....	123
Lampiran 2. Surat Permohonan Menjadi Responden .....	124
Lampiran 3. Surat Persetujuan Menjadi Responden .....	125
Lampiran 4. Lembar Penjelasan Pelaksanaan Penelitian Kepada Calon Responden .....	126
Lampiran 5. Instrumen Penelitian.....	128
Lampiran 6. Lembar Consent.....	147
Lampiran 7. Surat Pengantar Uji Kelaikan Etik .....	149



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) atau *Coronary Artery Disease (CAD)* merupakan penyakit yang disebabkan oleh penyempitan dan penyumbatan pada pembuluh darah jantung (Khan et al., 2020). *World Health Organization* menetapkan penyakit jantung koroner sebagai penyakit tidak menular yang menyebabkan kematian tertinggi nomor dua di dunia setelah stroke, dengan prevalensi sebesar 14,38 persen. Sebanyak 17,9 juta orang meninggal setiap tahun akibat penyakit jantung koroner (World Health Organization, 2021) Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah terdapat setidaknya 15 dari 1000 orang, atau sekitar 2.784.064 individu di Indonesia menderita penyakit jantung koroner. Prevalensi PJK beberapa provinsi antara lain DKI Jakarta 1,9%, Jawa Barat 1,6 %, Jawa Tengah 1,6%, DI Yogyakarta 2,0%, Jawa Timur 1,55% dan Banten 1,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

*Intensive Care Unit (ICU)* adalah unit khusus disuatu rumah sakit untuk merawat pasien dalam perawatan kritis termasuk CAD yang memerlukan perawatan intensif dan observasi yang berkelanjutan yang selalu dipantau selama 24 jam (Karima & Setyorini, 2017). Perawatan pasien di ruang ICU dengan suasana yang serba cepat, aktivitas yang sibuk, suara alat monitor dan obat-obatan hingga mengalami kecemasan. Selama di ICU pasien mungkin

tekanan psikologis untuk waktu yang lama, biasanya pasien menderita gejala kecemasan, depresi dan stress (Fumis et al., 2015). Kecemasan akan meningkat, terlebih bila yang bersangkutan didiagnosa penyakit kritis dan memerlukan perawatan yang lebih *intensive* (M. A. F. Wicaksono et al., 2020). Situasi yang dapat menimbulkan stres, maka individu akan melakukan suatu hal untuk mengurangi stress. Hal yang dilakukan tersebut merupakan bagian dari coping. Mekanisme coping merupakan usaha yang digunakan seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi yang mengurangi rasa nyaman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stress (Videbeck, 2019).

Mekanisme coping memiliki peranan penting bagi ketahanan individu untuk merespon hambatan secara fisik, sosial dan psikis. Pemilihan *coping stress* yang tepat pada individu menimbulkan dampak positif. Individu yang melakukan mekanisme coping secara tepat mampu mengelola emosi saat mengalami hambatan (Setyawan, 2019). Selain itu mampu meminimalisir stressor saat proses pengobatan, sehingga individu melakukan pengobatan hingga selesai (Widyawati, 2013).

Peningkatan kecemasan cukup tinggi terutama pada pasien yang pertama kali mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit jantung yang erat kaitannya dengan kematian. Kecemasan ini terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat

memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita CAD (Huffman et al., 2010).

Penelitian (Karima & Setyorini, 2017) mayoritas mengalami kecemasan berat sebanyak 33,3%, 43,3% responden mengalami kecemasan sedang, 23,4% responden mengalami kecemasan ringan dan tidak ada responden yang tidak mengalami kecemasan. Berdasarkan penelitian sebelumnya di ruang rawat intensif RS Dr. Kariadi, 33% pasien mengalami kecemasan ringan, 37% mengalami kecemasan sedang, dan 30% mengalami kecemasan berat.

Teknik-teknik komunikasi terapeutik yang diterapkan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan. Namun sebaliknya apabila komunikasi yang digunakan tidak terapeutik, maka level kecemasan akan meningkat (Videbeck, 2019). Putra, (2021) menyatakan komunikasi terapeutik di ICU memiliki hubungan dengan kecemasan pasien di ICU, karena komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien, komunikasi yang salah arah akan membuat pasien semakin cemas, apalagi komunikasi ini dilakukan di ruang ICU, yakni ruang perawatan intensif yang kebanyakan pasiennya sudah sakit berat, maka dari itu wajar apabila pasien merasa cemas setelah berkomunikasi dengan perawat.

Berdasarkan Data Manajemen RS Sari Asih diketahui penerapan komunikasi terapeutik yang sudah diterapkan terdiri dari empat tahap yaitu tahap persiapan atau prainteraksi, tahap pengenalan atau orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi. Pada fase orientasi, perawat akan memperkenalkan diri

dan menciptakan komunikasi yang baik sehingga pasien merasa percaya dan membangun rasa penerimaan dan pengertian antara perawat dan pasien. Sedangkan pada fase kerja, perawat akan menjelaskan rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan berusaha memahami keluhan pasien untuk merencanakan intervensi sesuai kebutuhan pasien. Pada fase ini, perawat dan pasien akan berkomunikasi secara intens dalam jangka waktu cukup lama yang menjadi faktor pendukung terbentuknya hubungan terapeutik yang baik pada keduanya. Selanjutnya diperoleh peningkatan pasien ICU setiap tahunnya dengan jumlah pasien di tahun 2022 sebanyak 325 dan sampai dengan tahun 2023 terdapat jumlah pasien 520 orang. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap 10 orang pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang bulan Februari 2024 diperoleh hasil 80% pasien mengatakan mengalami stress, putus asa dan khawatir kehilangan nyawa, serta 20% pasien yang tidak mengalami stres. Pasien berupaya menarik diri dengan cenderung diam dan melamun, pertanyaan oleh perawat sering dijawab keluarga. Pasien cemas dengan apa yang terjadi pada dirinya, gejala kecemasan sebagian besar pada kategori tinggi dengan ciri jantung berdebar-debar, khawatir akan keselamatan dan kematian dirinya di ICU. Maka dari itu perawat harus melakukan pendekatan dan membangun hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga membuat perawat akan lebih mudah untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan membantu penyembuhan pasien dengan melakukan pendekatan terencana, tujuan dan aktivitas difokuskan pada pemulihan pasien. Sehingga diharapkan hasil dari komunikasi ini akan

menurunkan tingkat kecemasan pasien dan dapat mengubah perilakunya sesuai dengan apa yang diharapkan oleh perawat.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Mekanisme Coping, dan Tingkat Kecemasan pasien CAD di Ruang ICU”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan penjelasan latar belakang di atas permasalahan yang akan dibahas yaitu apakah terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien CAD (Usia, Jenis Kelamin, pendidikan) yang dirawat di ruang ICU.
- b. Mengidentifikasi gambaran komunikasi terapeutik perawat di ruang ICU.
- c. Mengidentifikasi gambaran metode coping pasien CAD yang dirawat di ruang ICU.
- d. Mengidentifikasi gambaran tingkat kecemasan pasien CAD di ruang ICU.



- e. Mengidentifikasi hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan metode koping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di ruang ICU.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

#### **a. Bagi Universitas Sultan Agung Semarang**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pedoman dalam ilmu keperawatan khususnya kegiatan belajar mengajar tentang komunikasi terapeutik perawat, metode koping dan kecemasan

#### **b. Bagi peneliti lain**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pedoman kepada peneliti lain untuk meneliti lebih lanjut tentang kecemasan pasien ICU dengan menggunakan faktor lain misalnya lama dirawat, status pasien dan lain lain.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi RS Sari Asih Karawaci**

Sebagai bahan masukan tentang komunikasi terapeutik perawat sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan dapat lebih memfokuskan untuk memberikan komunikasi terapeutik yang tepat sehingga mampu mengurangi kecemasan pasien CAD.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. *Coronary Artery Disease***

###### **a. Definisi**

*Coronary Artery Disease* (CAD) atau penyakit jantung koroner merupakan suatu gangguan fungsi jantung yang disebabkan karena adanya penyempitan dan tersumbatnya pembuluh darah jantung. Kondisi ini dapat mengakibatkan perubahan pada berbagai aspek, baik fisik, psikologis, maupun sosial yang berakibat pada penurunan kapasitas fungsional jantung dan kenyamanan ((Mutarobin et al., 2019).

*Coronary Artery Disease* (CAD) merupakan suatu gangguan fungsi jantung yang disebabkan karena otot miokard kekurangan suplai darah akibat adanya penyempitan arteri koroner dan tersumbatnya pembuluh darah jantung (AHA, 2017). *Coronary Artery Disease* (CAD) terjadi karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner yang berimbas pada otot jantung yang kekurangan darah sehingga terjadi gangguan fungsi jantung (Putri et al., 2018).

###### **b. Etiologi**

Penyebab utama dari CAD adalah terjadinya aterosklerosis. Aterosklerosis adalah pengerasan pada dinding arteri. Aterosklerosis ditandai dengan adanya penimbunan lemak, kolesterol, di lapisan intima arteri. Timbunan ini dinamakan ateroma atau plak. Walaupun

pengetahuan tentang kejadian etiologi tidak lengkap, namun jelas bahwa tidak ada faktor tunggal yang bertanggung jawab untuk perkembangan aterosklerosis. Ada beberapa faktor resiko yang mengakibatkan terjadinya CAD (Nelwan, 2019b) yaitu:

1) Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

a) Usia

Kerentanan terhadap aterosklerosis meningkat dengan bertambahnya usia. Pada laki- laki biasanya risiko meningkat setelah umur 45 tahun sedangkan pada wanita umur 55 tahun.

b) Jenis Kelamin

Aterosklerosis 3 kali lebih sering terjadi pada pria dibanding wanita. Wanita agaknya relatif lebih kebal terhadap penyakit ini karena dilindungi oleh hormon estrogen, namun setelah menopause sama rentannya dengan pria.

c) Ras

Orang Amerika-Afrika lebih rentan terhadap aterosklerosis dibanding orang kulit putih.

d) Riwayat Keluarga CAD

Riwayat keluarga yang ada menderita CAD, meningkatkan kemungkinan timbulnya aterosklerosis prematur.

2) Faktor yang dapat dimodifikasi

a) Hiperlipidemia

Adalah peningkatan lipid serum, yang meliputi: Kolesterol > 200 mg/dl, Trigliserida > 200 mg/dl, LDL > 160 mg/dl, HDL < 35 mg/dl.

b) Hipertensi

Adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan atau diastolik. Hipertensi terjadi jika tekanan darah melebihi 140/90 mmHg. Peningkatan tekanan darah mengakibatkan bertambahnya beban kerja jantung. Akibatnya timbul hipertrofi ventrikel sebagai kompensasi untuk meningkatkan kontraksi. Ventrikel semakin lama tidak mampu lagi mengkompensasi tekanan darah yang terlalu tinggi hingga akhirnya terjadi dilatasi dan payah jantung. Dan jantung semakin terancam oleh aterosklerosis koroner.

c) Merokok

Merokok akan melepaskan nikotin dan karbonmonoksida ke dalam darah. Karbonmonoksida lebih besar daya ikatnya dengan hemoglobin daripada dengan oksigen. Akibatnya suplai darah untuk jantung berkurang karena telah didominasi oleh karbondioksida. Sedangkan nikotin yang ada dalam darah akan merangsang pelepasan katekolamin. Katekolamin ini menyebabkan konstiksi pembuluh darah sehingga suplai darah ke jantung berkurang. Merokok juga dapat meningkatkan adhesi trombosit yang mengakibatkan terbentuknya thrombus.

d) Diabetes Mellitus

Hiperglikemi menyebabkan peningkatan agregasi trombosit. Hal ini akan memicu terbentuknya trombus. Pasien Diabetes Mellitus juga berarti mengalami kelainan dalam metabolisme termasuk lemak karena terjadinya toleransi terhadap glukosa.

e) Obesitas

Obesitas adalah jika berat badan lebih dari 30% berat badan standar. Obesitas akan meningkatkan kerja jantung dan kebutuhan oksigen. 10 6)

f) Inaktifitas Fisik

Inaktifitas fisik akan meningkatkan risiko aterosklerosis. Dengan latihan fisik akan meningkatkan HDL dan aktivitas fibrinolysis.

g) Stres dan Pola Tingkah Laku

Stres akan merangsang Hiperaktivitas HPA yang dapat mempercepat terjadinya CAD. Peningkatan kadar kortisol menyebabkan aterosklerosis, hipertensi, dan kerusakan sel endotel pembuluh darah dan merangsang kemosistosis.

**c. Klasifikasi**

Menurut (Kurniadi, 2015) penyakit jantung koroner dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

- 1) *Chronic Stable Angina* (Angina Pectoris stabil (APS)) Ini merupakan bentuk awal dari penyakit jantung koroner yang

berkaitan dengan berkurangnya aliran darah ke jantung yang ditandai dengan rasa tidak nyaman didada atau nyeri dada, punggung, bahu, rahang, atau lengan tanpa disertai kerusakan sel-sel pada jantung. Stress emosi atau aktivitas fisik biasanya bisa menjadi pencetus APS namun itu bisa dihilangkan dengan obat nitrat. Pada penderita ini gambar EKG tidak khas, melainkan suatu kelainan.

2) *Acute Coronary Syndrome* (ACS) Merupakan suatu sindrom klinis yang bervariasi. ACS dibagi menjadi 3, yaitu:

a) *Unstable Angina* (UA) atau Angina Pektoris Tidak Stabil (APTS) APTS meskipun hampir sama namun ada perbedaan pada sifat nyeri dan patofisiologi dengan APS. Sifat nyeri yang timbul semakin lebih berat dari sebelumnya atau semakin sering muncul pada saat istirahat, nyeri pada dada yang timbul pertama kalinya, angina pektoris dan Prinzmetal angina setelah serangan jantung (myocard infarction). Kadang akan terdapat kelainan dan kadang juga tidak pada gambaran EKG penderita.

b) *Acute Non ST Elevation Myocardial Infarction* (NSTEMI)

Ditandai dengan sel otot jantung seperti CKMB, CK, Troponin T, dan lain-lain yang didalamnya terdapat enzim yang keluar yang merupakan tanda terdapat kerusakan pada sel otot jantung. Mungkin tidak ada keainan dan yang paling jelas tidak ada penguatan ST elevasi yang baru pada gambaran EKG.

c) *Acute ST Elevasi Myocardina Infarction* (STEMI) Sudah ada kelainan pada gambaran EKG berupa timbulnya *Bundle Branch Block* yang baru atau ST elevasi baru. Kelainan ini hampir sama dengan NSTEMI.

#### d. Patofisiologi

Menurut (Lemone, 2019) penyakit jantung koroner biasanya disebabkan oleh faktor resiko yang tidak bisa dirubah (umur, jenis kelamin, dan riwayat keluarga) dan faktor resiko yang bisa dirubah (hipertensi, hiperlipidemia, diabetes melitus, merokok, obesitas, stress, dan kurang aktifitas fisik). Paling utama penyebab penyakit jantung koroner adalah aterosklerosis. Aterosklerosis disebabkan oleh factor pemicu yang tidak diketahui yang dapat menyebabkan jaringan fibrosa dan lipoprotein menumpuk di dinding arteri.

Pada aliran darah lemak diangkut dengan menempel pada protein yang disebut apoprotein. Keadaan hiperlipidemia dapat merusak endotelium arteri. Mekanisme potensial lain cedera pembuluh darah mencakup kelebihan tekanan darah dalam sistem arteri. Kerusakan endotel itu sendiri dapat meningkatkan pelekatan dan agregasi trombosit serta menarik leukosit ke area tersebut. Hal ini mengakibatkan *Low Density Lipoprotein* (LDL) atau biasanya disebut dengan lemak jahat yang ada dalam darah. Semakin banyak LDL yang menumpuk maka akan mengalami proses oksidasi. Plak dapat



mengurangi ukuran lumen yang terdapat pada arteri yang terangsang dan mengganggu aliran darah.

Plak juga dapat menyebabkan ulkus penyebab terbentuknya trombus, trombus akan terbentuk pada permukaan plak, dan penimbunan lipid terus menerus yang dapat menyumbat pembuluh darah. Lesi yang kaya lipid biasanya tidak stabil dan cenderung robek serta terbuka. Apabila fibrosa pembungkus plak pecah (ruptur plak), maka akan menyebabkan debris lipid terhanyut dalam aliran darah dan dapat menyumbat arteri serta kapiler di sebelah distal plak yang pecah. Akibatnya otot jantung pada daerah tersebut mengalami gangguan aliran darah dan bisa menimbulkan aliran oksigen ke otot jantung berkurang. Peristiwa tersebut mengakibatkan sel miokardium menjadi iskemik sehingga hipoksia. Mengakibatkan proses pada miokardium berpindah ke metabolisme anaerobik yang menghasilkan asam laktat sehingga merangsang ujung saraf otot yang menyebabkan nyeri.

Jaringan menjadi iskemik dan akhirnya mati (infark) disebabkan karena suplai darah ke area miokardium terganggu. Ketika sel miokardium mati, sel hancur dan melepaskan beberapa iso enzim jantung ke dalam sirkulasi. Kenaikan kadar kreatinin kinase (*creatinine kinase*), serum dan troponin spesifik jantung adalah indikator infark miocardium.

#### **e. Manifestasi Klinis**



Gejala utama penderita CAD pada pria yang sering dirasakan umumnya sakit dada sebelah kiri, seperti terasa ditusuk, diremas, tertindih, dan lainnya. Sedangkan pada wanita gejala utama seperti sesak nafas, mengeluh sakit didaerah punggung bawah atau rahang dan tenggorokan, terkadang terasa masuk angin, mual, dan kecapaian. Gejala-gejala lain dirasakan pada penderita penyakit jantung koroner sebagai berikut:

1) Nyeri dada

Nyeri sering dirasakan dibagian dada dan menyebar ke leher, lengan dan bahu. Nyeri disertai rasa sepeti diremas, yang disebabkan jantung keekurangan darah dan pasokan oksigen. Terkadang nyeri pada sebagian orang tidak diraskan, tapi hanya merasa tidak enak badan.

2) Sesak nafas

Sesak nafas dirasakan saat kesulitan bernafas yang disadari dan memerlukan tambahan usaha untuk mengatasi kekurangan udara. Bila jantung tidak dapat memompa sebagaimana mestinya, sehingga cairan cenderung berkumpul di jaringan dan paru, menyebabkan seseorang kesulitan bernafas saat berbaring.

3) Berdebar-debar

Keluhan lain yang biasa dirasakan seperti jantung berdebar yang tidak seperti biasanya. Debaran jantung lebih keras daripada irama jantung yang tidak teratur (aritmia). Terkadang rasa

berdebar-debar diikuti dengan keringat dingin, sakit dada, serta sesak nafas.

#### **f. Pemeriksaan Penunjang**

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan (Setiati et al., 2014)

##### 1) EKG (elektrokardiografi)

EKG yaitu gambaran listrik oleh jantung pada waktu berkontraksi, gambaran yang biasa didapat berupa denyut, ritme, serta apakah otot jantung berkontraksi dengan normal.

##### 2) Ekokardiografi

Salah satu pemeriksaan yang tidak menimbulkan rasa sakit dan pantulan gelombang suara (*ultrasound*) dari berbagai bagian jantung. Tes ini dapat melihat gambaran fungsi pompa jantung dan kontrakasi yang mengalami gangguan saat suplai darah terganggu.

##### 3) Radioaktif isotop

Penggunaan zat kimia atau isotop yang dimasukkan pada penderita, kemudian zat dideteksi melalui kamera khusus. Zat yang biasa digunakan thalium dan thecnetium. Bagian otot yang jantung yang terdapat infark, zat radioaktif leboh sedikit dibandingkan pada bagian otot jantung yang normal.

##### 4) Angiografi

Cara yang dapat mendeteksi kelainan jantung langsung dari pembuluh darah arteri, seperti gambaran radiologis yang menggunakan alat angiogram. Pemeriksaan ini termasuk tindakan invasive yang memasukan kateter kedalam pembuluh arteri atau vena dan didorong sampai ke berbagai tempat di jantung. Gambaran arteri jantung yang mengalirkan darah akan terlihat pada pemeriksaan ini.

#### 5) Arterigrafi koroner (kateterisasi)

Kateterisasi jantung adalah salah satu pemeriksaan yang bertujuan untuk memeriksa struktur dan fungsi jantung, ruang jantung, katup jantung, otot jantung, dan pembuluh darah jantung yang termasuk pembuluh darah koroner, terutama dapat mendeteksi adanya pembuluh darah yang mengalami sumbatan.

#### **g. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada PJK menurut (Lemone, 2019) yaitu pengobatan farmakologi, non farmakologi dan revascularisasi miokardium. Perlu diketahui bahwa tidak ada satupun cara pengobatan sifatnya menyembuhkan. Dengan kata lain diperlukan modifikasi gaya hidup agar dapat mengatasi faktor penyebab yang memicu terjadinya penyakit. Penatalaksanaan yang perlu dilakukan meliputi:

- 1) Pengobatan farmakologi
  - a) Nitrat

Nitrat termasuk nitrogliserin dan preparat nitrat kerja lama, digunakan untuk mengatasi serangan angina dan mencegah angina. Karena nitrat mengurangi kerja miokardium dan kebutuhan oksigen melalui dilatasi vena dan arteri yang pada akhirnya mengurangi *preload* dan *afterload*. Selain itu juga dapat memperbaiki suplai oksigen miokardium dengan mendilatasi pembuluh darah kolateral dan mengurangi stenosis.

b) Aspirin

Aspirin dosis rendah (80 hingga 325 mg/hari) seringkali diprogramkan untuk mengurangi risiko agregasi trombosit dan pembentukan trombus.

c) Penyekat beta (bloker)

Obat ini menghambat efek perangsang jantung norepinefrin dan epinefrin, mencegah serangan angina dengan menurunkan frekuensi jantung, kontraktilitas miokardium, dan tekanan darah sehingga menurunkan kebutuhan oksigen miokardium.

d) Antagonis kalsium

Obat ini mengurangi kebutuhan oksigen miokardium dan meningkatkan suplai darah dan oksigen miokardium. Selain itu juga merupakan vasodilator koroner kuat, secara efektif meningkatkan suplai oksigen.

e) Anti kolesterol

Statin dapat menurunkan resiko komplikasi aterosklerosis sebesar 30% yang terjadi pada pasien angina. Selain itu juga dapat berperan sebagai anti trombotik, anti inflamasi, dan lain-lain.

2) Revaskularisasi miokardium

Aliran darah yang menuju miokardium setelah suatu lesi arterosklerotik pada arteri koroner bisa diperbaiki dengan operasi untuk mengalihkan aliran dan bagian yang tersumbat dengan suatu cangkok pintas atau dengan cara meningkatkan aliran di dalam pembuluh yang mengalami sakit melalui pemisahan mekanik serta kompresi atau pemakaian obat yang dapat merilisiskan lesi. Cangkok pintas ini disebut dengan *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*.

Pembedahan untuk penyakit jantung koroner melibatkan pembukaan vena atau arteri untuk menciptakan sambungan antara aorta dan arteri koroner melewati obstruksi. Kemudian memungkinkan darah untuk mengalir ke bagian iskemik jantung. Balon arteri koroner merupakan suatu teknik untuk membuka daerah sempit di dalam lumen arteri koroner menggunakan sebuah balon halus yang dirancang khusus. Apabila pada katerisasi jantung ditemukan adanya penyempitan yang cukup signifikan misalnya sekitar 80%, maka dokter jantung biasanya menawarkan

dilakukannya balonisasi dan pemasangan stent. *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty* (PTCA) merupakan istilah dari 20 balon arteri koroner yang digunakan para kedokteran.

### 3) Non Farmakologi

- a) Memodifikasi pola hidup yang sehat dengan cara olahraga ringan
- b) Mengontrol faktor resiko yang menyebabkan terjadinya PJK, seperti pola makan, dan lain-lain.
- c) Melakukan teknik distraksi dengan cara mendengarkan musik dan relaksasi dengan cara nafas dalam.
- d) Membatasi aktivitas yang memperberat aktivitas jantung.

### **h. Komplikasi**

Komplikasi yang biasanya terjadi pada pasien Cad adalah (S. Wicaksono, 2020) :

#### 1) Gagal Jantung Kongestif

Gagal jantung kongestif merupakan kongesti pada sistem sirkulasi miokardium. Gagal jantung kongestif merupakan suatu keadaan dimana jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan

#### 2) Syok Kardiogenik

Syok kardiogenik ini ditandai oleh adanya gangguan fungsi pada ventrikel kiri yang di sebabkan oleh infark miokardium

mengakibatkan gangguan berat pada perfusi jaringan dan penghantaran oksigen ke jaringan yang khas.

### 3) Edema Paru

Edema paru merupakan suatu cairan abnormal yang tertimbun pada paru baik dalam alveoli atau dirongga interstitial. Paru menjadi kaku dan tidak dapat mengembang karena tertimbun cairan, sehingga udara tidak bisa masuk maka terjadi hipoksia berat

### 4) Pericarditis Akut

Pericarditis akut adalah penyakit yang biasa di sebut dengan peradangan pada pericardium yang bersifat jinak dan terbatas sendiri dan dapat terjadi manifestasi dari penyakit sistemik. Efek yang ditimbulkan dari pericarditis adalah efusi pri kardinal yang memicu tamponade jantung

## **i. Pencegahan**

Menurut(Smeltzer, S. C & Barre, 2018), yaitu :

- 1) Pencegahan primordial, merupakan upaya pencegahan munculnya faktor predisposisi terhadap PJK pada suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi resiko PJK.
- 2) Pencegahan primer merupakan upaya awal pencegahan PJK. Dilakukan dengan pendekatan komunitas berupa penyuluhan faktor resiko PJK terutama pada kelompok usia tinggi. Pencegahan primer ditujukan kepada pencegahan terhadap berkembangnya



proses arteriosklerosis secara dini, dengan demikian sarasanya adalah kelompok usia muda.

- 3) Pencegahan sekunder merupakan upaya pencegahan PJK yang pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Pada tahap ini diperlukan perubahan pola hidup dan kepatuhan berobat bagi mereka yang pernah menderita PJK. Upaya peningkatan ini bertujuan untuk mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas.
- 4) Pencegahan tersier merupakan upaya pencegahan komplikasi yang lebih berat atau kematian.

## **2. Mekanisme Coping**

### **a. Definisi**

Setiap upaya yang diarahkan untuk mengelola stress, khususnya strategi untuk mengatasi masalah dengan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk mempertahankan diri, disebut sebagai mekanisme coping. Mekanisme coping pada hakikatnya merupakan mekanisme pertahanan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi baik di dalam maupun di luar tubuh seseorang. (Stuart & Laraia, 2016).

Mekanisme coping adalah metode pemikiran dan tindakan untuk meredakan ketegangan mental dan emosional dari situasi yang penuh tekanan (Patricia & Harmawati, 2021). Menurut (Rahmadani, 2015) dikutip dalam (Suprihatiningsih et al., 2021) , definisi mekanisme coping yaitu metode penyelesaian masalah yang telah disesuaikan dengan berbagai kemungkinan perubahan, serta respon ketika terdapat

situasi mengancam, meliputi mekanisme koping yang adaptif dan *maladaptive* tergantung dari cara seseorang didalam menghadapi kecemasan atau stress yang dialaminya.

Jadi yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

#### **b. Klasifikasi**

Menurut (Stuart & Laraia, 2016) mengatakan bahwa mekanisme koping dibagi menjadi dua bagian :

##### 1) Mekanisme koping adaptif

Metode koping yang mempromosikan fungsi integrasi, pertumbuhan, pembelajaran, dan pencapaian tujuan, seperti mampu mengendalikan emosi mereka dengan berbicara kepada orang lain, memecahkan kesulitan secara efisien, teknik relaksasi, menerima dukungan dari setiap individu lain, dan kegiatan konstruktif.

##### 2) Mekanisme koping maladaptif

Makan berlebihan atau tidak makan, kerja berlebihan, penghindaran, kemarahan, lekas marah, perilaku menyimpang, ketidakmampuan untuk berpikir atau disorientasi, penghindaran

atau bahkan penarikan, dan ketidakmampuan untuk memecahkan masalah adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, menghambat pertumbuhan, mengurangi otonomi, dan cenderung menghambat penguasaan lingkungan. Isolasi diri, efek buruk pada kesehatan pribadi, dan bahkan risiko bunuh diri adalah konsekuensi dari teknik koping maladaptif.

Mekanisme koping dibedakan menjadi 2 tipe (Juniati, 2017):

- 1) Mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*) meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi, dan meminta nasehat.
- 2) Mekanisme koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*) meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Koping ini dilakukan bila individu tidak mampu mengubah kondisi yang penuh stress, individu akan cenderung mengatur emosinya. Strategi yang digunakan yaitu: kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif, menerima tanggung jawab dan penghindaran. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang merasa lebih baik.

### c. Faktor Yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Menurut (Stuart & Laraia, 2016) mekanisme koping dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

#### 1) Faktor internal

Kuantitas, durasi, dan intensitas stress, pengalaman individu sebelumnya, sistem dukungan individu yang ada (dukungan sosial), dan atribut pribadi seseorang adalah semua faktor yang mempengaruhi teknik koping.

#### 2) Faktor eksternal

Faktor yang berasal dari luar diri, antara lain lingkungan, dukungan sosial, perkembangan penyakit dan keadaan keuangan.

(Sartika et al., 2022) menjelaskan faktor yang mempengaruhi mekanisme koping yaitu:

#### 1) *Self-efficacy*

Kemampuan yang bergantung pada pendapat orang lain.

Berikut ini Factor yang memberi pengaruh *self-efficacy*:

#### a) Pencapaian Kerja

Yaitu harapan yang berasal dari berbagai kinerja yang bagus. *Self-efficacy* bisa tinggi apabila individu berhasil memenuhi target terhadap suatu yang dikerjakan serta akan berbanding terbalik jika individu tidak mencapai sesuatu atau gagal, maka *self-efficacy* bisa bebalik menjadi rendah.

Kesuksesan seorang individu dapat memengaruhi pada peningkatan *self-efficacy* yang ditujukan didalam pengerjaan berbagai hal secara lebih baik. Sementara itu, kegagalan seorang individu akan memengaruhi pada penurunan *self-efficacy*. Bentuk penurunan berupa minat saat mengerjakan pekerjaan menjadi turun.

b) Pengalaman orang lain

Yaitu saat mengamati orang lain ketika mampu menyelesaikan pekerjaannya dengan bagus. Seseorang yang melakukan pengamatan terhadap keberhasilan orang atau individu lain, terbukti bisa memberikan pengaruh kuat pada efikasi diri. Hal ini disebabkan karena mereka yakin akan kemampuannya didalam mencapai hal yang sama dengan yang diamati oleh orang lain.

c) Persuasi verbal

Adalah keyakinan seseorang bahwa mereka cukup kompeten dalam mencapai apa yang mereka harapkan. Kapasitas seseorang untuk keterampilan dalam mencapai tujuan yang diinginkan meningkat ketika dia dibimbing oleh saran, nasihat, atau bimbingan. Mayoritas orang merasa lebih mudah untuk berjuang setelah menerima arahan dan kepercayaan lisan daripada mereka yang hanya memikirkan

kekurangannya ketika menghadapi kesulitan dan kesusahan serta mempertanyakan kemampuannya sendiri.

d) Dorongan emosional

Yaitu ketika individu didalam keadaan tertekan maka emosinya dapat timbul ke permukaan dan memengaruhi apresiasi seseorang. Ketakutan, kecemasan, serta kekhawatiran akan kegagalan bisa membuat individu kurang percaya diri dalam menghadapi tugas berikutnya.

e) Keadaan dan reaksi fisiologis

Merupakan kondisi dan respons fisiologis digunakan sebagai sumber informasi untuk menyediakan sumber penilaian kinerja dengan tujuan menganggap pencapaian tujuan ini mudah, sedang, atau sulit. Orang yang mengalami depresi dengan gejala fisik atau saraf yang menunjukkan bahwa mereka tidak mampu mengendalikan situasi.

2) Dukungan sosial

Dapat dipahami sebagai bentuk dukungan individu satu ke lainnys yang sedang membutuhkan dukungan sosial yang sifatnya mendasar. Hal itu bisa berupa instrumental atau sosioemosional. Seseorang yang sedang menghadapi permasalahan, khususnya di bidang kesehatan, memerlukan dukungan bidang sosial dari orag terdekat ataupun dari petugas pelayanan kesehatan.

### 3) Optimisme ini

Adalah jalan pikiran yang bertujuan mengarahkan pemikiran seorang individu untuk berpikir positif. Tujuan utamanya yaitu untuk memberikan dorongan pada individu lain agar bisa memperoleh hal yang diinginkan. Individu yang memiliki optimisme tinggi, bisa membentuk dirinya sebagai individu yang dinamis, suka tantangan, serta semangat saat mengusahakan berbagai hal yang diimpikan melalui tahap analisa yang rasional. Optimisme efektif mengurangi stress. Hal ini karena sikap cenderung mengamati situasi dari pandangan yang positif.

### 4) Pendidikan

Yaitu satu diantara berbagai hal penting yang bisa dilaksanakan oleh individu saat dihadapkan masalah. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin siap menghadapi masalah dan lebih banyak pengalaman hidup.

### 5) Pengetahuan

Merupakan salah satu hal terpenting dalam membangun sikap yang terbuka seperti kaingin tahuan, berusaha memahami berbagai hal, serta mengaplikasikannya kedalam kehidupannya.

### 6) Jenis kelamin



Yang berbeda juga menjadi salah satu factor yang bisa memengaruhi mekanisme coping. Pada umumnya, laki-laki mempunyai emosional tinggi daripada perempuan. Alhasil, perempuan lebih berpotensi menghadapi, menyelesaikan, serta menuntaskan suatu permasalahan. (Sartika et al., 2022).

#### **d. Cara Pengukuran Mekanisme Coping**

Ada banyak jenis alat yang digunakan untuk mengukur mekanisme coping itu sendiri, termasuk:

##### *1) Way of Coping Instrumen*

*Way of Coping* dapat digunakan untuk menilai mekanisme coping seseorang. Instrumen *Way of Coping* dikembangkan oleh Folkman & Lazarus, 1980. *Way of Coping* berfokus pada penilaian respon atau tindakan yang dilakukan individu dalam mengatasi suatu proses yang menegangkan, bukan pada gaya atau sifat pencegahan.

##### *2) Jalowiec Coping Scale (JCS)*

Instrumen berikut dikembangkan oleh (Jalowiec et al., 1984) . Tujuan *Jalowiec Coping Scale* adalah untuk bagaimana orang berperilaku dalam skenario tertentu. Instrumen ini telah digunakan untuk mengevaluasi bagaimana orang mengatasi berbagai stres fisik, mental, dan sosial. Instrumen ini telah tersedia dalam 20 bahasa yang berbeda

### 3. Komunikasi Terapeutik

#### a. Definisi

Definisi Kata "komunikasi" berasal dari bahasa Latin "*Communicare*," yang berarti "untuk berbagi," dan mengacu pada praktik pertukaran ide, pesan, atau informasi melalui dua atau lebih individu melalui ucapan, gerak tubuh, isyarat tertulis, atau perilaku. Pertukaran lisan dan nonverbal yang disengaja atau tidak, mungkin atau mungkin tidak melibatkan penggunaan media (Putra, 2021a) Komunikasi merupakan aspek terpenting yang harus dimiliki oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien. Perawat sebagai petugas yang selalu berhubungan dengan pasien harus memiliki banyak ketrampilan, salah satunya adalah ketrampilan interpersonal yaitu ketrampilan dalam berkomunikasi dengan pasien. Pada komunikasi terapeutik sounds interpersonal perawat merupakan bagian penting dalam berkomunikasi. Komunikasi adalah suatu bentuk penyampaian pesan antara dua orang atau lebih yang terproses dari komunikator atau pemberi pesan kepada komunikan atau penerima pesan dengan tujuan tertentu (Suhaila et al., 2017).

Pasien perlu berkomunikasi. Perawat mempertimbangkan kondisi fisik pasien, keadaan emosi, latar belakang budaya, kesiapan komunikasi, dan kemampuan untuk membangun hubungan yang baik. Komunikasi juga dapat digunakan sebagai media pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antar dua orang atau lebih dengan

tujuan agar setiap manusia yang terlibat dalam proses komunikasi dapat saling menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu (Kusumo, 2019). Perawat merupakan sebuah komponen penting dalam proses keperawatan yang dituntut mampu berkomunikasi dengan baik. Komunikasi dalam suatu proses keperawatan, komunikasi merupakan alat bagi perawat untuk dapat mempengaruhi tingkah laku dari pasien dalam pelaksanaan pelaksanaan asuhan keperawatan (Kusumo, 2019). Dalam memberikan asuhan keperawatan komunikasi terapeutik dapat berperan penting dalam pemecahan masalah pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang terjalin dengan baik, komunikatif dan bertujuan untuk menyembuhkan atau setidaknya dapat melegakan serta dapat membuat pasien merasa nyaman dan akhirnya mendapatkan kepuasan (Yubliana, 2017).

Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan *therapy*. Pasien dan perawat menjalin hubungan yang dikenal dengan komunikasi terapeutik guna mencapai derajat kesehatan yang optimal (Agustin, 2020). Melalui penyebaran informasi, kepentingan, atau pemahaman dari pengirim ke penerima. Diharapkan bahwa hasil komunikasi ini akan membujuk penerima informasi untuk mengubah perilakunya atau mengadopsi perilaku baru sesuai dengan keinginan pengirim pesan atau informasi.

Membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya akan lebih mudah bagi perawat, membuatnya lebih mudah bagi mereka untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dialog terapeutik membantu penyembuhan klien, dengan melakukan pendekatan terencana, tujuan dan aktivitas difokuskan pada pemulihan klien.

#### **b. Bentuk-bentuk Komunikasi Terapeutik**

Bentuk komunikasi terapeutik menurut (Mu, 2019) ada tiga, yaitu:

##### 1) Komunikasi verbal

Komunikasi verbal terdiri dari kumpulan kata-kata yang telah disatukan dalam urutan yang jelas untuk membentuk pemikiran yang utuh. Bahasa yang jelas dan ringkas, yang mudah dipahami, berbicara dengan cepat, dan humor merupakan faktor penting dalam komunikasi verbal.

##### 2) Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah istilah untuk pertukaran bahasa verbal dan tubuh yang terjadi tanpa menggunakan kata-kata. menggunakan kontak fisik, jarak/ruang, isyarat vokal, isyarat gerakan tubuh, isyarat objek (penggunaan objek), dan isyarat objek. Komunikasi nonverbal melayani berbagai fungsi, seperti mengulang apa yang dikatakan, mengungkapkan

perasaan dan sentimen yang tidak dapat diungkapkan dengan kata-kata, menetapkan identifikasi sehingga orang lain dapat mengenalinya, dan melengkapi atau menyempurnakan kata-kata yang diucapkan. terasa asing dalam sentuhan, bahasa tubuh, intonasi, kontak mata, gerakan mata, dan metakomunikasi (komunikasi dalam pesan).

### 3) Komunikasi tertulis

Komunikasi tertulis harus memenuhi prinsip yang meliputi lengkap, ringkas, konkrit, jelas, sopan dan benar

### **c. Tahapan atau Fase Komunikasi Terapeutik**

Menurut (Siregar, 2016) Komunikasi terapeutik tidak sama dengan komunikasi sosial. Komunikasi sosial tidak memiliki tujuan yang spesifik dan pelaksanaan komunikasi ini terjadi begitu saja. Sedangkan terapeutik berfungsi untuk mencapai kesembuhan pasien melalui perubahan dalam diri pasien. Karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Terdapat 3 (tiga) tahapan atau fase komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis terhadap pasien menurut Hildegard Peplau dalam (Siregar, 2016), yakni:

#### 1) Fase Orientasi atau tahap pengenalan

Tahap pengenalan atau fase orientasi dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien. Tujuan dalam tahap ini adalah melakukan validasi keakuratan data pasien dan rencana yang

telah dibuat sesuai dengan keadaan klien saat berjumpa atau terkini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu atau tindakan sebelumnya. Pada fase ini hubungan yang terjadi masih dangkal dan komunikasi yang terjadi bersifat penggalian informasi antara perawat dan pasien. Fase ini dicirikan oleh lima kegiatan pokok yaitu *testing* (percobaan untuk saling berkenalan) *building trust* (membangun kepercayaan), *identification of problems and goals* (identifikasi permasalahan, menetapkan tujuan), *clarification of roles* (mengklarifikasi peran) dan *contract formation* (membuat perjanjian atau kontrak perawatan).

## 2) Fase Kerja (*Working*)

Merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya dokter dan perawat diwajibkan untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal dan non verbal yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula dokter dan perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.



Pada fase ini juga perawat dituntut untuk bekerja keras untuk memenuhi tujuan yang telah ditetapkan pada fase orientasi. Bekerja sama dengan pasien untuk berdiskusi tentang masalah-masalah yang merintang pencapaian tujuan. Fase ini terdiri dari dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan.

### 3) Fase Terminasi (akhir pertemuan)

Merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, setelah hal ini dilakukan perawat dan klien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan. Pada fase ini perawat mendorong pasien untuk memberikan penilaian atas tujuan telah dicapai, agar tujuan yang tercapai adalah kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Kegiatan pada fase ini adalah penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan

#### **d. Teknik Komunikasi Terapeutik**



Teknik Komunikasi Terapeutik Stuart dan Sundeen, 1987 dikutip oleh (Putra, 2021a) mengatakan teknik komunikasi diantaranya:

1) Mendengarkan (listening)

Kapasitas perawat untuk mendengarkan secara efektif berfungsi sebagai landasan komunikasi. Perasaan klien dapat dirasakan dengan mendengar suasana hati. Tingkatkan kemampuan klien untuk mengajukan pertanyaan. Perawat perlu mendengarkan secara aktif.

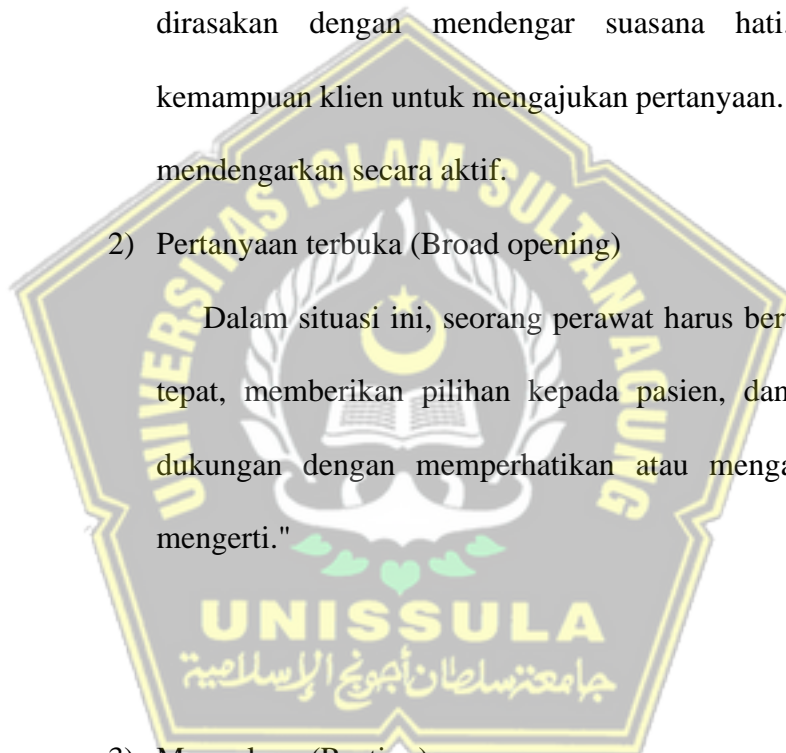
2) Pertanyaan terbuka (Broad opening)

Dalam situasi ini, seorang perawat harus bertindak dengan tepat, memberikan pilihan kepada pasien, dan memberikan dukungan dengan memperhatikan atau mengatakan, "Saya mengerti."

3) Mengulang (Resting)

Ini adalah gagasan utama yang diungkapkan klien. Tujuannya adalah untuk meningkatkan ketegasan klien dan menunjukkan bahwa perawat memperhatikan apa yang dikatakan klien.

4) Klarifikasi



Jika perawat bingung, tidak yakin, tidak mendengar, atau jika klien malu untuk berbicara, informasi yang dikumpulkan tidak lengkap atau ekspresi berubah. membantu untuk mengumpulkan dan mengatur pendapat, perasaan, dan sudut pandang pasien dan perawat.

5) Refleksi

a) Refleksi isi, yang menegaskan apa yang didengar. Mengingat pemahaman perawat, ulangi ide klien.

b) Menegaskan bagaimana perasaan klien tentang apa yang dinyatakan dan merefleksikan perasaan tersebut untuk membantu klien memahami dan menerimanya.

6) Memfokuskan

Saat berbicara dengan pasien, perawat mendorong mereka untuk mendiskusikan topik yang penting dan telah dipilih sebelumnya.

7) Membagi Persepsi

Dapatkan umpan balik klien mengenai perasaan dan pikiran perawat. Perawat mungkin meminta masukan dan menawarkan detail dengan cara ini.

8) Identifikasi

"tema" kesulitan dengan layanan klien yang muncul di latar belakang selama percakapan. Gunakan hanya untuk mendapatkan pemahaman dan menjelajahi subjek yang signifikan.

9) Diam (*silence*)

Adalah teknik sulit yang biasanya digunakan setelah pertanyaan. Memberi klien kesempatan untuk merenung sambil mempromosikan dialog adalah tujuannya. Teknik keperawatan menunjukkan bahwa dia menerima klien yang menarik diri.

10) Informasi

Perawat diharapkan mampu mengkomunikasikan informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan.

11) Saran

Jika masalah pasien teridentifikasi, perawat mungkin menawarkan lebih banyak saran untuk menanganinya. Ini tepat untuk digunakan pada fase kerja tetapi tidak pada awal hubungan. Fakta akurat dapat dikomunikasikan secara verbal, tetapi perasaan dan emosi tidak dapat diungkapkan secara verbal.

**e. Tingkatan Komunikasi**

Tingkatan komunikasi menurut (Arianti, 2017) yaitu

- 1) Komunikasi intrapersonal adalah komunikasi yang terjadi didalam diri individu tanpa disadari.

- 2) Komunikasi interpersonal adalah interaksi antara dua orang atau lebih. Komunikasi ini akan dapat menimbulkan berbagai ide
- 3) Komunikasi publik adalah interaksi dengan sekumpulan orang dalam jumlah yang besar

#### **f. Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih baik mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi. Menurut (Pratiwi, 2017) Komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk pertumbuhan klien yang meliputi beberapa hal:

- 1) Penerimaan diri dan peningkatan terhadap penghormatan diri.
- 2) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superior dan saling bergantung dengan orang lain.
- 3) Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realitas.
- 4) Rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri.

Menurut (Handayani, 2019) komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi pasien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan pasien yang meliputi:

- 1) Relisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan pada diri klien, yang tadinya tidak bisa menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.
- 2) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Melalui komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya perawat akan membina hubungan saling percaya.
- 3) Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Kadang klien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya.
- 4) Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri, termasuk didalamnya status, peran dan jenis kelamin.

#### **g. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik**

Hambatan Komunikasi Terapeutik karena adanya beberapa faktor. Diantara nya faktor penghambat Komunikasi Terapeutik sebagai berikut: (Agustin, 2020)

- 1) Kecakapan komunikasi yang kurang tepat
- 2) Ketepatan Sikap

- 3) Pengetahuan yang kurang
- 4) Pemahaman sistem sosial yang kurang
- 5) Berprasangka yang tidak beralasan
- 6) Berkomunikasi kurang lancar apabila jarak komunikator dengan responden jauh
- 7) Kurangnya terhadap persamaan persepsi
- 8) Rusaknya indera
- 9) Berlebihan saat bicara
- 10) Mendominasi pembicaraan.

#### **h. Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

Berikut faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut: (Mu, 2019) dalam (Wahyuni, 2023):

##### **1) Perkembangan**

Perkembangan tubuh manusia dan kemampuan untuk memahami pesan yang disampaikan adalah dua aspek komunikasi yang dapat mempengaruhi seberapa besar pertumbuhan seseorang, komunikasi seorang perawat harus memahami pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir orang tersebut. Komunikasi pada orang dewasa sangat berbeda dengan komunikasi anak usia remaja dengan anak usia balita.

##### **2) Persepsi**

Persepsi adalah interpretasi pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau situasi tertentu. Pandangan ini dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu atau harapan masa depan. Ketika terjadi perbedaan persepsi antara individu, komunikasi dapat menjadi terhambat.

### 3) Gender atau Jenis kelamin

Gaya komunikasi antara laki-laki dan perempuan dapat dibedakan. Perempuan cenderung menggunakan teknik komunikasi untuk mencari konfirmasi, mengurangi perbedaan, dan memperkuat ikatan emosional. Di sisi lain, laki-laki cenderung lebih fokus pada independensi dan status dalam kelompok melalui cara mereka berkomunikasi.

### 4) Nilai

Perilaku seseorang dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai yang dimiliki, dengan demikian, seorang perawat harus memiliki kepekaan mengenai nilai-nilai dalam setiap individu. Klarifikasi yang dilakukan oleh perawat membantu dalam penilaian individu agar individu tersebut bisa mengambil keputusan serta melakukan interaksi dengan tepat. Meskipun perawat memiliki nilai-nilai pribadi, profesionalitas mereka diharapkan tanpa dipengaruhi oleh nilai-nilai tersebut.

### 5) Latar belakang sosial budaya



Faktor budaya sangat dipengaruhi dengan menggunakan bahasa serta tata cara dalam komunikasi. Sosial budaya menciptakan batasan terhadap tata cara mengambil tindakan dalam komunikasi.

#### 6) Emosi

Emosi yakni reaksi irasional dalam menanggapi sebuah situasi. Perasaan seperti marah, sedih, dan gembira ini akan berdampak pada bagaimana perawat berinteraksi dengan orang lain. Perawat harus mengkaji perasaan agar pasien dan keluarganya dapat menerima asuhan keperawatan sesuai dengan SOP terkait. Selain itu, evaluasi diperlukan agar asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh emosi yang tidak disadari. Emosi juga menjadi faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik dikarenakan keberadaan komunikasi dalam masing-masing individu berbeda-beda, disini perawat berkewajiban untuk selalu menjalin komunikasi dengan pasien guna menyelami apa yang dirasakan (emosi) pasien.

#### 7) Pengetahuan

Tingkat komunikasi akan mempengaruhi jumlah pengetahuan. Seseorang dengan sedikit informasi akan merasa lebih sulit untuk menjawab pertanyaan yang membutuhkan bahasa verbal daripada seseorang dengan keahlian lebih. Komunikasi terapeutik akan berhasil jika perawat mengetahui

tujuan, manfaat, dan langkah yang akan dilakukan. Perawat harus menyadari tingkat pemahaman klien untuk beroperasi secara profesional.

#### 8) Hubungan dan Peran

Tergantung pada peran dan koneksi antara komunikator, gaya komunikasi akan berubah. Karena tuntutan profesionalisme, komunikasi antar klien perawat berlangsung secara profesional bukan sembarangan. Mencoba mengenali keberadaan pasien secara lebih mendalam merupakan langkah progresif guna mencari kesamaan peran. Kesamaan peran akan membuat komunikasi yang terjadi diantara dua orang ataupun lebih menjadi lebih hangat, nyaman, rileks dan terbuka (Kusumo, 2019)

#### 9) Lingkungan

Komunikasi yang efektif akan dipengaruhi oleh pengaturan interaksi. Kebingungan, kecemasan, dan ketidaknyamanan akan dihasilkan dari kebisingan dan kurangnya isolasi. Oleh karena itu, sebelum melakukan kontak dengan pasien, perawat harus menciptakan lingkungan yang nyaman dan menyenangkan. Faktor-faktor yang mengelilingi orang dan berdampak pada pertumbuhan dan perilaku mereka secara kolektif disebut sebagai lingkungan.

#### 10) Jarak

Jarak dapat berdampak pada komunikasi. Jarak dapat memberikan kesan keamanan dan kontrol. Akibatnya, perawat harus memperhitungkan jarak tertentu saat melakukan kontak dengan klien.

#### 11) Masa bekerja

Yang dimaksud sebagai masa bekerja adalah sebuah periode dimana seseorang memulai kerja pada suatu tempat. Lama kelamaan seseorang yang bekerja dengan jam kerja yang lebih banyak akan memperoleh lebih banyak pengalaman. Dengan demikian, kemampuan komunikasi yang dimiliki juga akan berkembang menjadi lebih baik.

##### **i. Alat Ukur Komunikasi Terapeutik**

Instrumen untuk mengukur komunikasi terapeutik perawat dengan menggunakan kuesioner terdiri dari 24 pertanyaan menggunakan model skala Guttman biasa disebut sebagai skala kumulatif atau skala skalogram, meyakinkan peneliti bahwa sikap atau karakteristik yang dipertimbangkan memiliki satu dimensi. Gunakan skala Guttman untuk tanggapan yang tepat dan konsisten, seperti "pasti dan tidak pasti", "benar" atau "salah", "ya" atau "tidak", dan seterusnya. Skala Gultman telah diperiksa menggunakan analisis skala *Likert* (Riduwan, 2013) dalam (Putra, 2021a).

#### **4. Kecemasan**

##### **a. Definisi**

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan tidak tenang yang samar karena ketidaknyamanan atau konsep yang dilengkapi ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidaknyamanan. Kecemasan suatu perasaan yang subjektif mengenai mental yang menyebabkan kegelisahan sebagai reaksi dari kemampuan mengatasi sesuatu masalah atau tidak ada rasa aman (Stuart, 2013). Kecemasan merupakan keadaan dimana seseorang mengalami perasaan gelisah dan aktivitas sistem saraf otonom dalam merespon ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik (Putra, 2021).

#### **b. Tanda dan Gejala Kecemasan**

Tanda dan gejala kecemasan yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi. Gejala kecemasan menurut tingkatannya ialah sebagai berikut (Hamid & Maliga, 2023):

##### 1) Ringan

Sementara gejala psikologis termasuk persepsi luas, kapasitas untuk menerima rangsangan, fokus, menyelesaikan perselisihan, kecemasan, dan tremor, gejala fisik meliputi sesak napas, peningkatan denyut jantung dan tekanan darah, masalah pencernaan, mulut kering, dan bibir gemetar.

##### 2) Sedang

Gejala fisik yang muncul meliputi napas pendek, peningkatan detak jantung dan tekanan darah, mulut kering, hilangnya nafsu makan (anoreksia), diare, serta masalah

sembelit (konstipasi). Sementara itu, gejala psikologis termasuk persepsi yang menyempit, kesulitan menerima rangsangan, fokus yang sangat pada perhatian tertentu, gerakan yang cemas dan tersentak, meremas tangan, kecenderungan untuk berbicara lebih banyak dan lebih cepat dari biasanya, sulit tidur (insomnia), serta perasaan ketidakamanan dan kegelisahan.

### 3) Berat

Gejala fisik yang dapat muncul meliputi nafas pendek, peningkatan tekanan darah dan detak jantung, keringat berlebihan, nyeri kepala, penglihatan kabur, dan perasaan ketegangan. Sementara itu, gejala psikologis berupa persepsi yang sangat sempit, kesulitan dalam menyelesaikan masalah, merasa terancam, berbicara cepat, serta pengalaman blocking dalam berkomunikasi.

### c. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan dibagi menjadi tiga yaitu terdiri dari (Setyananda et al., 2021).

#### 1) Tingkat kecemasan ringan

Agar menjadi motivasi yang efektif untuk belajar dan kreativitas, ketegangan yang dicirikan oleh respons perilaku dan emosional seperti kelelahan, kesulitan untuk duduk diam,

sedikit tangan gemetar, dan terkadang suara yang lebih keras-perlu kesadaran dan peningkatan persepsi.

2) Tingkat kecemasan sedang

Seseorang memiliki kemampuan untuk berkonsentrasi pada masalah-masalah penting dan mengalami perhatian selektif yang tetap terfokus. Jenis perhatian ini ditandai dengan peningkatan respon kelelahan, persepsi yang menyempit, kemampuan belajar yang terpengaruh namun tidak mencapai potensial maksimal, penurunan konsentrasi, rasa terancam, mudah tersinggung, kurang sabar, kehilangan ingatan, reaksi emosi yang meningkat seperti marah dan menangis, serta perasaan ketidakamanan.

3) Tingkat kecemasan berat

Seringnya keluhan mual, insomnia, BAK, GEA, kurangnya motivasi untuk belajar dengan baik, konsentrasi pada diri sendiri untuk menenangkan diri, perasaan tidak berdaya, disorientasi, dan komunikasi yang kacau adalah tanda-tanda kecemasan yang parah. Ketika kecemasan parah, seseorang cenderung terpaku sepenuhnya pada pemikiran yang tepat dan terperinci. Jika tingkat kecemasan sangat tinggi, akan ada banyak teriakan, halusinasi, delusi, kehilangan kendali, dan ketidakmampuan memahami situasi (Setyananda et al., 2021).

**d. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan**

Faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan menurut Kaplan & Sadock tahun 1997 dalam (Putra, 2021) sebagai berikut:

1) Jenis kelamin

Berdasarkan teori Smith, perempuan dianggap memiliki tingkat kerentanan yang lebih tinggi terhadap pengaruh lingkungan daripada laki-laki. Dikatakan bahwa perempuan lebih cenderung menunjukkan ekspresi emosional seperti menangis, kurang sabar, dan merasa gelisah.

2) Umur

Kecemasan mempengaruhi orang-orang dari segala usia, tetapi lebih sering terjadi pada orang dewasa. Kecemasan, yang umumnya muncul antara usia 21 dan 45 tahun, lebih banyak terjadi pada wanita.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang yang tinggi mempengaruhi kecemasan karena individu yang berpendidikan lebih mampu bernalar dengan jelas dan mengelola emosi.

4) Pengalaman menunggu

Yang baru pertama kali mendapatkan perawatan akan memiliki pengalaman yang berbeda dengan yang dirawat di



rumah sakit. Hal ini disebabkan strategi koping dimana tindakan diambil untuk membatasi, mentolerir, dan mengakomodasi baik lingkungan maupun kebutuhan sendiri

5) Kondisi medis atau penyakit.

Sekalipun kejadian prosedur medis sangat bervariasi, temuan tes diagnostik dapat berdampak pada kecemasan. seperti diagnosis medis bedah yang akan berdampak pada tingkat kecemasan klien.

6) Akses informasi

Dengan memberikan informasi yang tepat, Anda dapat membantu mengatasi ketakutan mereka dapat memperoleh informasi untuk lebih memahami cara mengelola kecemasan dan menurunkan tingkat kecemasan melalui komunikasi, bimbingan, atau konseling yang baik.

7) Komunikasi terapeutik

Percakapan terapeutik sangat penting saat memberikan asuhan keperawatan. Hubungan yang bermanfaat akan berkembang sebagai hasil dari komunikasi yang baik, yang juga membantu membangun kepercayaan. Kemitraan yang mendorong diskusi tentang berbagai perasaan dan pikiran yang

ditemui selama di rumah sakit akan timbul dari komunikasi yang baik.

#### 8) Lingkungan

Dalam keadaan yang aneh dan meresahkan, tingkat kekhawatiran klien dan klien akan berfluktuasi. Krisis bagi klien dan klien dapat muncul sebagai akibat dari kebijaksanaan dan sikap kelompok, yang mendorong adaptasi yang berbeda dari hasil proses adaptasi sebelumnya yang diselesaikan oleh.

#### 9) Fasilitas kesehatan

Karena klien menganggap alat ini aneh dan khawatir yang sakit bahkan meninggal dunia akibat kesalahpahaman mereka tentang penyakit klien, peralatan medis juga akan berdampak pada kecemasan. Peran perawat dalam skenario ini adalah sebagai pendidik, memberikan informasi yang jelas atau pendidikan kesehatan kepada klien.

Adapun Faktor Eksternal menurut (Anadiyanah, 2021)

##### 1) Ancaman Integritas Fisik

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

##### 2) Ancaman Sistem Diri

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

#### **e. Mekanisme Kecemasan**

Neurotransmitter adalah bahan kimia pembawa pesan didalam otak yang mengatur perasaan dan pikiran seseorang. Masalah kecemasan berkaitan dengan fungsi pembawa pesan di otak yang berhubungan dengan ketidakseimbangan neurotransmitter atau kimiawi otak. Pemajanan stressor mengakibatkan stimulus pada sistem saraf pusat yang pada akhirnya akan merangsang sistem kelenjar sebagai respon fisiologis tubuh baik secara menyeluruh maupun lokal. Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan kecemasan berdasarkan penelitian adalah Norepinephrin (NE), serotonin, gammaaminobutyric (GABA). Sistem norepinephrin merupakan pikiran yang menjembatani respon *flight-flight*, dihubungkan dengan neurotransmitter ke struktur lain dari otak yang berhubungan dengan kecemasan yaitu amigdala, hipokampus dan korteks cerebral (berfikir, menginterpretasikan dan perencanaan). Disregulasi serotonin akan memainkan peran sebagai penyebab dari kecemasan seseorang yang mempunyai mempunyai pengalaman gangguan memiliki reseptor 5-HT hipersensitifitas. Aktivitas neurotransmitter gammaaminobutyric (GABA), mengontrol aktivitas neuron pada bagian otak yang bertanggung

jawab memproduksi terjadinya kecemasan. Dalam kehidupan sehari-hari individu berespon terhadap stressor dimana keadaan tersebut akan dihadapi dengan berbagai ansietas (kecemasan) yang selalu berada dalam rentang respon dari ringan, sedang, berat sampai panik (Wicaksana & Rachman, 2023).

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis, perilaku, kognitif dan efektif secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya untuk melawan kecemasan. Respon fisiologis pada kardiovaskuler yaitu palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah tinggi, pingsan. Pada system pernapasan akan menimbulkan napas cepat, napas pendek, sensasi tercekik, tekanan pada dada. Pada neuromuskular adalah mata berkedip-kedip, tremor, wajah tegang, kaki goyah, gerakan yang janggal, dan kelemahan umum. Pada kulit akan menimbulkan wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh, wajah memerah dan panas dingin. Sedangkan respon perilaku yaitu kegelisahan, ketegangan fisik, tremor, kurang koordinasi dan bicara cepat. Untuk respon kognitif yang ditimbulkan adalah gangguan perhatian, konsentrasi buruk, kebingungan, takut cidera atau kematian dan mimpi buruk, sedangkan respon afektif yang ditimbulkan adalah kegelisahan, ketegangan, ketakutan, frustrasi mati rasa dan ketidakberdayaan (Wicaksana & Rachman, 2023)

#### **f. Alat Ukur Kecemasan**

Terdapat beberapa instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan seseorang, antara lain adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), *Zung Self Rating Anxiety Scale* (ZSAS), dan *Trait Anxiety Inventory Form Z-I* (STAI Form Z-I) (Kaplan & Saddock, 1998).

#### 1) *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS)

Tingkat kecemasan dapat diukur menggunakan alat ukur kecemasan bernama *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). HARS adalah alat pengukur internasional yang paling representatif untuk mengukur tingkat kecemasan umum. Kuesioner HARS terdiri dari 81 gejala yang terbagi menjadi 14 pokok, dengan setiap gejala dinilai menggunakan skala 0-4. Skor akhir dihitung dengan menjumlahkan nilai dari gejala yang dijawab "Ya" oleh responden. Dengan demikian, tingkat kecemasan seseorang dapat diketahui. Skor kecemasan pada HARS memiliki rentang interpretasi sebagai berikut: skor 0-14 menunjukkan tingkat kecemasan yang rendah, skor 14- 20 menandakan kecemasan ringan, skor 21-27 menandakan kecemasan sedang, skor 28-41 menunjukkan kecemasan berat, dan skor di atas 41 menandakan tingkat kecemasan atau panik yang sangat parah. Penting untuk dicatat bahwa hasil dari HARS digunakan untuk menilai tingkat kecemasan dari ringan hingga

berat pada pasien; diagnosis kecemasan tidak ditetapkan berdasarkan hasil tersebut (Putra, 2021).

## 2) *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Untuk mengukur gejala yang berhubungan dengan kecemasan, survei yang dikenal sebagai *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)* digunakan. Tujuan survei ini adalah untuk memantau terjadinya kecemasan dan menentukan tingkat keparahannya. Zung telah menyelidiki validitas dan ketergantungannya, dan hasilnya membesarkan hati. Penelitian menunjukkan bahwa reliabilitas tes dan korelasi item total baik, dan konsistensi internal memadai baik pada populasi psikiatri maupun nonpsikiatri. *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)* merupakan alat ukur kecemasan yang fokus pada keluhan somatik yang mencerminkan gejala kecemasan. Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan, dengan 5 pernyataan positif dan 15 pernyataan negatif yang menggambarkan gejala-gejala kecemasan. Setiap pertanyaan dinilai berdasarkan frekuensi dan durasi gejala yang dialami oleh responden, yaitu (1) jarang atau tidak pernah sama sekali, (2) kadang-kadang, (3) sering, dan (4) hampir selalu. Skor total pada tiap pertanyaan berkisar antara 20 hingga 80, dimana skor tinggi menunjukkan tingkat kecemasan yang tinggi.



*Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)* adalah ukuran kecemasan yang populer. Kuesioner ini sering digunakan untuk mengukur kecemasan seseorang yang menderita gangguan kecemasan tertentu sebelum dan sesudah terapi.

### 3) DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*)

Keadaan emosi negatif dari depresi, kecemasan, dan stres diukur menggunakan DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*), satu set skala *arbitrer*. Selain mengevaluasi keadaan emosi secara rutin, skala DASS dibuat untuk memproses lebih lanjut pemahaman, pemahaman, dan pengukuran keadaan emosi yang dapat diterima, yang sering dikenal sebagai stres. Individu dan kelompok dapat menggunakan skala DASS. Tingkat depresi, kecemasan, dan stres yang normal, ringan, sedang, berat, dan sangat parah semuanya dapat diukur. 42 item membentuk 42-item *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS), yang memiliki tiga subvariabel: perilaku, emosional/psikologis, dan fisik. Menurut (Lovbond, 1995) dalam (Anggraini, 2014), skor total item pernyataan memiliki arti sebagai berikut: 0-29 (normal), 30-59 (ringan), 60- 89 (sedang), 90-119 (berat), dan >120 (sangat berat). Menurut (Son, 2013), kuesioner DASS 42 bersifat generik dan dapat digunakan untuk responden dewasa atau remaja.

### 4) *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*



*State Trait Anxiety Inventory* (STAI) adalah tes diagnostik yang dirancang dalam bentuk yang lebih sederhana untuk mendeteksi gangguan kecemasan secara andal dan mudah. Dikembangkan oleh Spielberger Charles Spielberger, RL Gorsuch, dan RE Lushene, tes ini berupa kuesioner yang terdiri dari 40 pertanyaan yang dapat digunakan oleh individu untuk melakukan pelaporan diri. Skor dari tes ini memberikan informasi yang jelas tentang tingkat dan jenis gangguan kecemasan yang dialami. Tes STAI merupakan alat yang efektif untuk membedakan antara Kecemasan Keadaan (*state anxiety*) dan Kecemasan Sifat (*trait anxiety*) dengan tingkat presisi yang tinggi. Kecemasan Sifat berkaitan dengan karakteristik perilaku individu, di mana seseorang mungkin terus mengalami keadaan perasaan terangsang secara konstan, dan hal ini mungkin memiliki akar psikopatologis dalam sifat kecemasan tersebut. Selain itu, riwayat dan pengalaman masa kecil juga dapat mempengaruhi tingkat kecemasan sifat seseorang. Kecemasan keadaan berada di sisi yang lebih tinggi jika seseorang memiliki tingkat kecemasan sifat yang lebih tinggi. Kuisisioner baku *State-Trait Anxiety Inventory* terdiri dari 40 pertanyaan terbagi menjadi 2 yaitu 20 pertanyaan untuk *state anxiety* dan 20 untuk *trait anxiety*. Untuk pertanyaan *state anxiety* terdiri dari pertanyaan kondisi responden pada “saat ini” dalam menghadapi suatu

ancaman. Sedangkan pertanyaan *trait anxiety* terdiri dari pertanyaan kondisi responden “biasanya” dalam menanggapi suatu ancaman. Jika skor bagian state-trait 20-39 dikategorikan kecemasan ringan, 40-59 dikategorikan kecemasan sedang, dan 60-80 dikategorikan kecemasan berat. (Sarfika et al., 2018)

## **5. Konsep ICU (*Intensive Care Unit*)**

### **a. Pengertian ICU (*Intensive Care Unit*)**

Selain fasilitas bedah dan ruang gawat darurat, fasilitas rumah sakit juga menampung unit perawatan intensif. Selama keadaan darurat dan krisis medis, klien yang menderita penyakit kritis membutuhkan perawatan kesehatan kritis. Untuk pelanggan dengan penyakit yang mengancam jiwa, layanan intensif adalah layanan khusus yang memerlukan bantuan ekstensif dan pemantauan tambahan (Anadiyanah, 2021).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1778/MENKES/SK/XII/2010 mengenai Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit* (ICU) di Rumah Sakit, fungsi ICU adalah untuk menyediakan pelayanan observasi, perawatan, dan terapi bagi klien yang mengalami sakit, cedera, atau kondisi komplikasi yang berpotensi mengancam nyawa, dengan prognosis yang masih diharapkan dapat dipulihkan. Ruang ICU dilengkapi dengan peralatan medis khusus dan diawasi secara ketat untuk membantu memulihkan kondisi klien (Anadiyanah, 2021).

### **b. Kriteria Pasien yang Dirawat di ICU**

Kriteria pasien yang dirawat di ruang intensif menurut (Kemenkes RI, 2010) ialah sebagai berikut:

- 1) Klien yang memerlukan perencanaan medis segera oleh tim perawat intensif.
- 2) Klien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan lebih lanjut.
- 3) Pasien yang membutuhkan perhatian segera dan pemantauan tambahan untuk mencegah dekompensasi fisiologis.

(Kemenkes RI, 2010) menyebutkan ada tiga jenis klien yang termasuk klien kritis:

- 1) Pasien mendapatkan perawatan untuk kondisi yang mengancam jiwa, seperti kegagalan organ multipel, gagal pernapasan akut, gagal ginjal, infeksi, dan koma non-trauma.
- 2) Karena perubahan patofisiologis yang cepat seperti koma, pemantauan profilaksis diperlukan untuk pasien yang dirawat.
- 3) Pasien post operasi mayor. Terlepas dari klasifikasi atau kondisi yang mendasarinya, kelainan pada sistem pernapasan, peredaran darah, dan saraf sering bermanifestasi sebagai indikasi klinis penyakit kritis. Sebagian besar indikator klinis ini termasuk takikardia, takipnea, hipotensi, dan perubahan kesadaran seperti kelesuan, disorientasi, atau agitasi.

### **c. Indikasi Pasien Masuk ICU**

Mekanisme alokasi prioritas diperlukan karena terbatasnya infrastruktur dan fasilitas ruangan yang intensif serta tingginya permintaan akan layanan tersebut. Menurut (Kemenkes RI, 2010), klien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1 akan diprioritaskan dibandingkan klien yang memerlukan pengawasan intensif (prioritas 3). Penilaian obyektif dari keparahan penyakit dan prognosis harus digunakan untuk menetapkan prioritas masuk ke unit perawatan kritis.

- 1) Prioritas 1 Seorang pasien dianggap dalam prioritas 1 jika mereka memerlukan perawatan intensif dan titrasi, seperti dukungan atau bantuan ventilator, perangkat pendukung organ atau sistem lainnya, infus berkelanjutan obat-obatan vasoaktif, obat antiaritmia terus menerus, obat titrasi terus menerus, dan lain-lain. Klien yang telah menjalani operasi kardioraks, mengalami sepsis berat, atau memiliki ketidakseimbangan asam-basa dan elektrolit yang mengancam jiwa dianggap sebagai pasien prioritas 1. kriteria tertentu, seperti tingkat hipotensi atau hipoksemia selama stres tertentu. Klien Prioritas 1 seringkali tidak memiliki keterbatasan selama menjalani terapi (Putra, 2021a).
- 2) Prioritas 2 Karena harus mendapatkan terapi intensif secepat mungkin, pasien prioritas 2 membutuhkan layanan pemantauan lanjutan di unit perawatan intensif, seperti pemantauan ekstensif

dengan kateter arteri pulmonal, klien yang mengalami penyakit dasar jantung paru, GGA dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor. Terapi pada klien prioritas 2 tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah (Putra, 2021a).

- 3) Prioritas 3 Klien adalah individu yang sakit parah, memiliki kesehatan masa lalu yang tidak stabil, dan menderita satu atau lebih penyakit akut atau kondisi yang mendasarinya. Untuk kelompok ini, hampir tidak ada peluang untuk pulih dan sedikit manfaat dari terapi unit perawatan intensif. Contohnya termasuk individu dengan penyakit paru terminal dan efek akut yang parah, tamponade perikardial, obstruksi jalan napas, pasien dengan penyakit jantung, dan pasien dengan kanker metastatik dan komplikasi infeksi. Resusitasi kardiopulmoner dan intubasi mungkin bukan pilihan untuk merawat pasien prioritas 3, mereka hanya boleh dirawat untuk keadaan darurat mendadak (Putra, 2021a).

#### **d. Indikasi Pasien Keluar ICU**

Tim medis yang merawat pasien dan personel perawatan kritis memutuskan dalam urutan apa pasien harus dikeluarkan dari unit

perawatan intensif. (Kemenkes RI, 2010) Memantau kesehatan orang yang mendapatkan perawatan intensif sangat penting untuk mengidentifikasi pasien yang mungkin tidak lagi membutuhkan perawatan:

- 1) Pasien tidak lagi memerlukan pemantauan atau perawatan di unit perawatan intensif (ICU) karena fisiologinya telah stabil.
- 2) Terapi penarikan perlu diberikan di unit perawatan intensif karena fisiologi klien memburuk atau berubah secara permanen. (Putra, 2021a).

#### **e. Jenis Pasien di ICU**

(Kemenkes RI, 2010) daftar pasien yang layak mendapat perawatan di ICU adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien yang membutuhkan staf medis unit perawatan intensif untuk segera melakukan intervensi.
- 2) Pasien yang membutuhkan koordinasi dan kontrol jangka panjang dari fungsi sistem organ tubuh untuk memungkinkan penggunaan teknik terapi titrasi dan pemantauan berkelanjutan.
- 3) Pasien dalam kondisi kritis yang membutuhkan perawatan berkelanjutan dan intervensi segera untuk mencegah dekompensasi fisiologis.

#### **f. Klasifikasi Pelayanan ICU**

Menurut (Kemenkes RI, 2010) Pelayanan di ruang intensif diklasifikasikan menjadi 3, yaitu:



1) Pelayanan ICU primer (pada rumah sakit kelas C)

- a) Kepala ICU, spesialis anesthesiologi: jika tidak dapat diakses, spesialis berbeda dengan pelatihan ICU.
- b) Staf medis, spesialis yang melayani sebagai konsultan, dan dokter bersertifikat BHD yang siap siaga sepanjang waktu dengan resusitasi kardiopulmoner.
- c) Perawat, yaitu perawat bersertifikat BHD.
- d) Mampu memberikan fisioterapi, sinar-X untuk kenyamanan diagnostik 24 jam, dan beberapa pengujian laboratorium dengan segera.

2) Pelayanan ICU sekunder (pada rumah sakit kelas B)

- a) Direktur ICU, seorang intensivis, atau, jika tidak ada, ahli anestesi.
- b) Tim medis, terutama spesialis terlatih FCCS dan ALS/ACLS yang selalu siaga.
- c) Perawat: Setidaknya 50% perawat yang bekerja di ICU terlatih dan bersertifikat di ICU.

- d) Kemampuan untuk melakukan pemantauan invasif dan prosedur pendukung kehidupan, membantu ventilasi mekanis untuk jangka waktu yang lama, dan melakukannya dalam batas yang telah ditentukan.

3) Pelayanan ICU tersier (pada rumah sakit kelas A)



- a) Direktur medis ICU adalah ahli yang berkualifikasi dalam pengobatan perawatan kritis yang telah menyelesaikan program pelatihan dan pendidikan yang disetujui oleh asosiasi profesional terkait (KIC, Konsultan Perawatan kritis).
- b) Tim medis, terutama spesialis terlatih FCCS dan ALS/ACLS yang selalu siaga.
- c) Perawat: Setidaknya 75% staf perawat ICU terlatih dan bersertifikat di lapangan.
- d) Mampu memberikan perawatan akut dan pemantauan invasif dan non-invasif.
- e) Mampu melakukan berbagai pemeriksaan laboratorium, rontgen untuk diagnosis, dan perawatan medis dengan cepat dan nyaman. Memiliki setidaknya satu orang yang dapat melatih staf medis dan perawat sehingga mereka dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien.
- f) Mempekerjakan lebih banyak personel untuk tugas administrasi, rekam medis, dan ilmiah dan penelitian.

#### **g. Perawat ICU**

Tiga tugas utama dilakukan oleh perawat yang bertugas di unit perawatan intensif: memberikan dukungan hidup, memantau status

pasien dan setiap perubahan yang disebabkan oleh terapi, dan menghindari hasil negatif. Seorang perawat diperlukan untuk setiap pasien dengan pipa endotrakeal, apakah mereka menggunakan ventilator atau tidak. Perawat ICU di Australia dapat diklasifikasikan ke dalam empat kelompok berbeda: mereka dengan pelatihan dan pengalaman 12 bulan atau lebih, mereka dengan pelatihan hanya 12 bulan, mereka dengan sertifikat perawatan kritis, dan mereka yang melatih perawat lain (Gullick, 2019).

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Pelaksanaan Pelayanan ICU di Rumah Sakit mengatur tentang jumlah perawat di unit perawatan intensif di Indonesia. Secara khusus, setidaknya 50% dari jumlah total perawat ICU harus dididik dan disertifikasi dalam bantuan hidup dasar dan bantuan lanjutan untuk ICU tingkat I dan II (Kemenkes RI, 2010).

#### **h. Tugas perawat ICU**

Menurut (Suprihatin, 2015) Tugas Perawat intensif adalah sebagai berikut:

- 1) Asuhan keperawatan holistik yang mempertimbangkan kebutuhan fisiologis, psiko, sosial, dan spiritual setiap pasien.
- 2) Lakukan semua tugas keperawatan, seperti observasi klien.
- 3) Selesaikan tugas tambahan. Kemudian diikuti dengan intervensi medis.

- 4) ikuti petunjuk untuk resusitasi jantung dan bantuan hidup dasar dan lanjutan saat pertolongan pertama diperlukan.
- 5) Laporkan setiap perubahan kondisi klien yang dirawat kepada dokter ICU atau dokter jaga ICU.
- 6) Jelaskan setiap langkah yang dibuat berdasarkan keadaan klien dan dokumentasikan.
- 7) Berikan serah terima menyeluruh pada setiap pergantian shift.
- 8) Menyelesaikan laporan persediaan klien dan tanggung jawab keperawatan harian.
- 9) Membantu memelihara dan memiliki peralatan ICU, termasuk medis dan non-medis, untuk memastikan semuanya berfungsi dengan baik dan dapat diakses untuk digunakan.
- 10) Sebagai anggota staf medis, adalah tanggung jawab untuk mengikuti pengendalian infeksi dan kebijakan serta prosedur perawatan dan melakukannya dengan benar.
- 11) Pengaturan penjaga dikelola oleh manajer urusan SDM ICU.

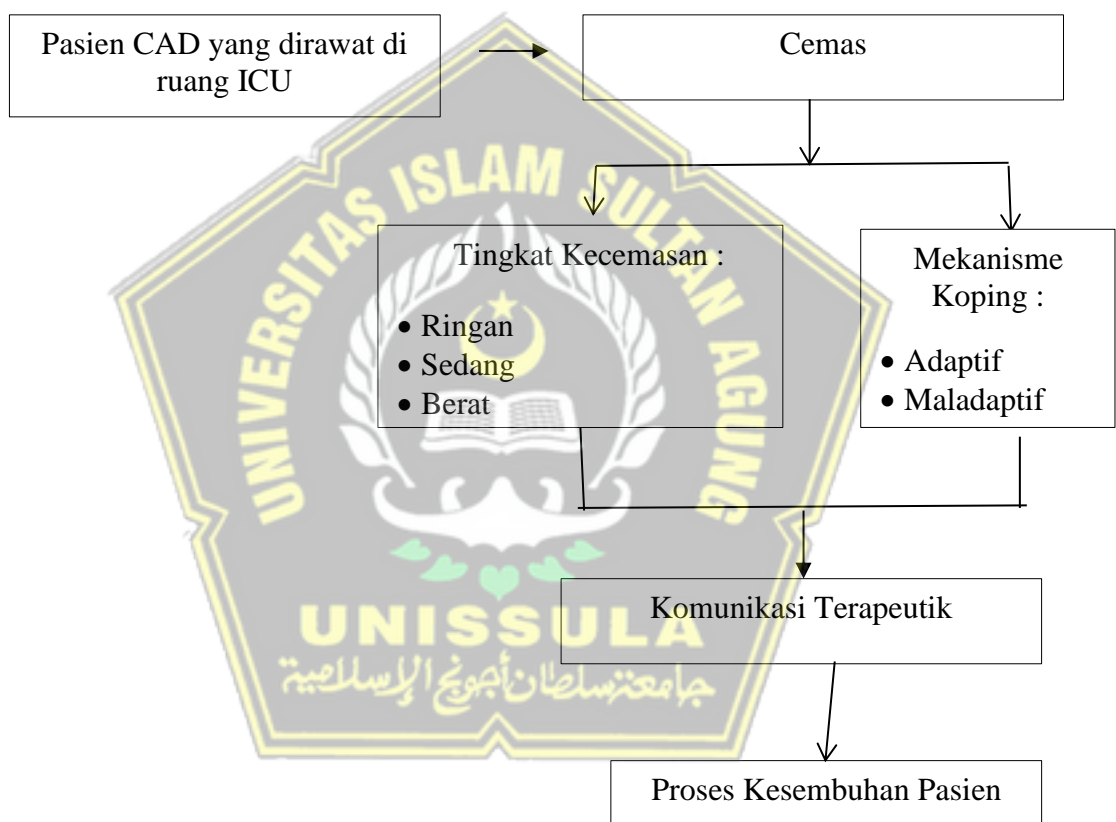
#### **i. Peraturan berkunjung di ICU**

Menurut (Kemenkes RI, 2010) peraturannya adalah sebagai berikut:

- 1) Hanya dua tamu yang diperbolehkan berada di ruang ICU sekaligus.
- 2) Satpam mengatur jam pengunjung yaitu pukul 17.00-19.00 WIB siang dan pukul 10.00-12.00 WIB pagi.
- 3) Fotografi dan videografi yang dibatasi zona pribadi/merah.

- 4) Anda harus melepas sepatu Anda untuk memasuki ruang prestidigitasi.
- 5) Sebelum memasuki ruang ICU, kenakan jaket tamu yang diberikan di area pre-steril.
- 6) Bayi dan anak kecil tidak diizinkan di unit perawatan intensif.

## B. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: Stuart (2016), Putra (2021)

## C. Hipotesa

Dalam penelitian hipotesis diartikan sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian (Sugiyono, 2016). Berdasarkan studi keputusan peneliti mengajukan hipotesis sebagai berikut.

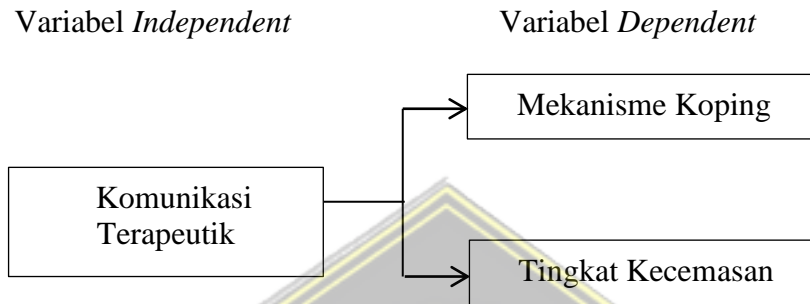
Hipotesa pada penelitian ini adalah ada hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU ( Ha diterima )



### BAB III

## METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

#### B. Variabel Penelitian

Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019). Variabel dibagi 2 yaitu:

1. Variabel *Independent* (Bebas)

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel *dependent* (terikat).

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Komunikasi Terapeutik.

2. Variabel *Dependent* (Terikat)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Mekanisme Koping dan Tingkat Kecemasan.

### C. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberikan gambaran suatu objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah dikumpulkan sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum. Dengan kata lain penelitian deskriptif analitis mengambil masalah atau memusatkan perhatian kepada masalah-masalah sebagaimana adanya saat penelitian dilaksanakan, hasil penelitian yang kemudian diolah dan dianalisis untuk diambil kesimpulannya. (Sugiyono, 2018). Pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan mekanisme coping dan tingkat kecemasan pasien di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang. Dengan desain penelitian *cross sectional* yaitu penelitian yang mengukur variabel bebas dan variabel terikat yang dikumpulkan dalam waktu bersamaan (*one point in time*), sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian (Notoatmodjo, 2018b).

### D. Populasi dan Sampel Penelitian

#### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2014). Ada dua jenis populasi yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Dengan perkataan lain populasi terjangkau adalah bagian dari populasi target yang



dibatasi oleh tempat dan waktu. Dari populasi terjangkau inilah akan dipilih sampel yang terdiri dari subjek yang akan diteliti. Pada penelitian ini populasi terjangkaunya adalah pasien CAD yang dirawat di ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Pada Bulan Mei –Juni 2024 sebanyak 30 orang

## 2. Sampel

Sugiyono (2019) mendefinisikan sampel sebagai bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Semakin banyak jumlah sampel mendekati populasi maka peluang kesalahan generalisasi semakin kecil dan juga sebaliknya. Penelitian ini menggunakan teknik total sampling atau sampling jenuh dimana seluruh populasi dijadikan sampel penelitian..

Dalam penentuan jumlah sampel yang digunakan Sugiyono, (2017:91) menyarankan tentang ukuran sampel untuk penelitian sebagai berikut:

1. Ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah antara 30 sampai dengan 500.
2. Bila sampel dibagi dalam kategori maka jumlah anggota sampel setiap kategori minimal 30.
3. Bila dalam penelitian akan melakukan analisis dengan multivariate (korelasi atau regresi ganda misalnya), maka jumlah anggota sampel minimal 10 kali dari jumlah variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel penelitiannya ada 3

(independen + dependen), maka jumlah anggota sampel =  $10 \times 3 = 30$ .

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini sebagai berikut :  
Kriteria inklusi adalah karakteristik yang harus ada di setiap sampel yang diambil dari anggota populasi oleh peneliti (Notoatmodjo, 2018b).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- a) Pasien CAD yang dirawat di ICU RS Sari Asih Karawaci dari hari pertama sampai hari ketiga perawatan
- b) Responden yang mampu membaca, mendengar, dan menulis
- c) Responden yang bersedia dijadikan objek penelitian

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang tidak dapat diambil sebagai sampel dalam populasi penelitian (Notoatmodjo, 2018b).

Kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu:

- a) Pasien CAD yang mengalami gangguan kesadaran
- b) Pasien dengan syok kardiogenik

## **E. Tempat dan Waktu Penelitian**

### **1. Tempat Penelitian**

Penelitian telah dilaksanakan di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang.

### **2. Waktu Penelitian**

Penelitian telah dilaksanakan pada bulan Mei – Juni 2024.

## F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dengan maksud memungkinkan peneliti melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat dilakukan secara berulang oleh orang lain dari sesuatu yang didefinisikan (Nursalam, 2020).

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Komunikasi Terapeutik	Proses penyampaian pesan, makna dan pemahaman perawat untuk memfasilitasi proses penyembuhan pasien. Melalui Penyampaian pesan yang dilakukan melalui kata-kata, bicara atau lesan dan Bentuk perilaku manusia yang langsung dapat diamati oleh orang lain dan yang mengandung informasi tertentu tentang pengirim atau pelakunya.	Kuesioner dengan menggunakan skala guttman 2 = ya 1 = Tidak	1. <40: Komunikasi perawat kurang 2. 40–50: Komunikasi perawat Cukup 3. >50: Komunikasi perawat baik	Ordinal

2.	Mekanisme Koping	Cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku	Instrumen yang digunakan menggunakan WAYS (Ways of Coping Scale) dan diukur menggunakan skala: 1 = Tidak Pernah 2 = Kadang-kadang 3 = Sering 4 = Selalu	Hasil pengukuran di kategorikan ke dalam: 1. $\geq 26$ koping adaptif 2. $< 26$ (koping maladaptive)	Nominal
3.	Tingkat Kecemasan Pasien	Suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut atau phobia tertentu.	Kuesioner menggunakan HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) dengan menggunakan skala likert 1. 0: tidak ada gejala sama sekali 2. 1 : Ada 1 (satu) dari gejala yang ada 3. 2: Ada separuh dari gejala yang ada 4. 3: Ada lebih dari separuh gejala yang ada 5. 4: Semua gejala ada	1. $<6$ : Tidak ada kecemasan 2. 6–14: Kecemasan ringan – 3. 15-27: kecemasan sedang 4. $>27$ : kecemasan berat	Ordinal

## G. Alat Pengumpul Data

### 1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena baik alam maupun sosial yang diamati atau diteliti (Sugiyono, 2018). Adapun instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah:

#### a. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner demografi. Kuesioner ini digunakan untuk mengukur data demografi seperti usia, jenis kelamin, dan sebagainya.

b. Kuesioner B

Kuesioner B merupakan Kuesioner Variabel komunikasi yang terdiri dari 24 pertanyaan dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan skala guttman yaitu ya dan tidak. Hasil pengukuran dipresentasikan dengan persentase dari masing-masing jawaban setiap item.

c. Kuesioner C

Kuesioner C merupakan kuesioner variable mekanisme koping yang peneliti gunakan yaitu menggunakan kuesioner WAYS milik Susan dan Richard (University of California, San Francisco). (Carver et al, 1989) yang telah dimodifikasi, hasil modifikasinya terdapat 20 pertanyaan berupa pertanyaan *fauvorable* (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) serta pertanyaan *unfavourable* (17,18,19,20). Peserta diminta untuk menunjukkan pada kotak centang (V) opsi mana yang paling menggambarkan kondisi kesehatan mereka saat ini. Pada survei ini, jawaban 1 (tidak pernah), 2 (kadang-kadang), 3 (sering), dan 4 (selalu). Skala penilaian untuk mekanisme koping dimulai dari 0 hingga 40.

d. Kuesioner D

Kuesioner D merupakan kuesioner variabel kecemasan pasien terdiri 14 pertanyaan dengan tipe pilihan jawaban berdasarkan skala Diferensial sematik yaitu, 1, 2, 3, 4. Hasil pengukuran dipresentasikan dengan persentase dari masing-masing jawaban setiap item

## 2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

### a. Uji Validitas

Validitas (kesahihan) harus menyatakan apa yang seharusnya diukur. Pengukuran dan pengamatan yang berarti dengan prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data merupakan prinsip utama validitas (Nursalam, 2020b). Uji validitas dilakukan untuk mengetahui tingkat ketetapan suatu instrumen. Instrumen dikatakan valid jika nilai  $r_{hitung} > r_{tabel}$  dengan nilai positif (Sugiyono, 2014). Adapun nilai uji validitas dari kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### 1) Kuesioner komunikasi terapeutik

Kuesioner komunikasi terapeutik telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya Herkulana (2013) terhadap 20 pasien didapatkan nilai  $r_{hitung}$  berkorelasi antara 0,44-0,51  $>$   $r_{tabel}$  0,361.

#### 2) Kuesioner Mekanisme Koping

Kuesioner *Ways of Coping Scale* (WAYS) merupakan kuesioner yang diaplikasikan untuk mengukur kemampuan koping pasien yang disusun oleh Susan Folkman dan Richard Lazarus yang sudah teruji validitas dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Suwaryanti, 2014) dengan hasil  $r_{hitung}$  0.75-0,95  $>$   $r_{tabel}$  0.663



### 3) Kuesioner Kecemasan Pasien

Kuesioner Kecemasan dengan kuesioner HARS tidak perlu dilakukan uji validitas karena kuesioner HARS merupakan kuesioner kuesioner pengukur tingkat kecemasan yang sudah baku yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk *Anxiety Analog Scale (AAS)*. Validitas AAS sudah diukur pada tahun 1984 mendapat korelasi yang cukup dengan HRS-A ( $r = 0,57 - 0,84$ ) (Iskandar, 1984 dalam (Nursalam, 2020a).

#### b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2020). Uji reliabilitas dilakukan untuk mengetahui tingkat kekonsistenan suatu instrumen. Instrumen dinyatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha*  $> 0,7$  (Sugiyono, 2016). Adapun hasil uji reliabilitas pada kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### 1) Kuesioner komunikasi terapeutik

Kuesioner komunikasi terapeutik telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya (Herkulana, 2013) terhadap 20 pasien didapatkan nilai *r* didapatkan nilai *Cronbach's Alpha*  $0.801 > 0,6$ .

#### 2) Kuesioner Mekanisme Koping



Seperti halnya uji validitas. Untuk kuesioner mekanisme koping jugatelah diuji reliabilitasnya oleh peneliti sebelumnya (Suwaryanti, 2014) dengan hasil *cronbach alpha*  $0.79 > 0.70$

### 3) Kuesioner kecemasan Pasien

Untuk kuesioner Kecemasan HARS tidak perlu dilakukan uji reliabilitas karena kuesioner HARS merupakan kuesioner pengukur tingkat kecemasan yang sudah baku, Skala HARS ini telah dibuktikan memiliki reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HRS-A akan diperoleh hasil yang reliable (Nursalam, 2020)

## H. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2020b). Pengambilan data dalam penelitian dilakukan sebagai berikut:

1. Mengurus ijin kepada Direktur RS Sari Asih Karawaci Tangerang untuk penelitian.
2. Peneliti melakukan pengambilan data tingkat kecemasan dengan langkah sebagai berikut:

- a) Peneliti melakukan pengambilan data primer yaitu menggunakan kuisisioner komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan pasien kemudian diberikan kepada keseluruhan responden yang berjumlah 30 orang.
- b) Pada penelitian ini, kuisisioner komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan diberikan kepada responden.
- c) Responden diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan menandatangani lembar persetujuan setelah responden menyatakan memahami maksud penelitian dan bersedia menjadi responden.
- d) Responden diberikan kuisisioner dan dipersilahkan untuk mengisinya diruangan yang telah disediakan serta diberikan kesempatan bertanya jika ada hal yang kurang jelas.
- e) Jumlah responden sebanyak 30 orang dengan rincian sebagai berikut
- |              |             |
|--------------|-------------|
| Hari pertama | : 15 pasien |
| Hari kedua   | : 10 pasien |
| Hari ketiga  | : 5 pasien  |
- f) Pengambilan data dilakukan sebagai berikut :
- Hari pertama sampai hari ketiga pengambilan data dilakukan pada saat pagi dan sore hari ketika perawat mulai melakukan aktifitas keperawatan dilakukan selama 20 - 40 menit.
- g) Responden setelah selesai mengisi kuisisioner dipersilahkan mengumpulkannya.

3. Data yang di dapatkan dari penilaian komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan pasien kemudian diolah menggunakan pengolah data statistik dengan *software SPSS.28*.

## **I. Rencana Analisa Data**

### **1. Pengolahan Data**

Data yang telah diperoleh dilakukan pengolahan data sebagai berikut:

#### *a. Editing*

Adalah berupa kegiatan pengecekan isi kuesioner dari responden apakah jawaban sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten dalam penelitian.

#### *b. Coding*

Adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban yang ada menurut macamnya. Klasifikasi dilakukan dengan jalan menandai masing masing jawaban dengan kode berupa angka pada penelitian.

#### *c. Tabulating*

Adalah proses pembuatan tabel untuk data dari hasil masing - masing variabel penelitian dan dibuat sesuai dengan tujuan penelitian.

#### *d. Cleaning*

Adalah proses pengecekan kembali untuk memeriksa kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan lain sebagainya.

### **2. Analisis Data**

a. Analisis Univariat

Analisa Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap *variable* (Notoatmodjo, 2018b). Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam bentuk distribusi frekuensi masing-masing *variable* komunikasi terapeutik, mekanisme koping, dan kecemasan pasien. Pada penelitian ini juga dilakukan analisa univariat untuk mendeskripsikan karakteristik pasien.

b. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan komunikasi yang dilakukan perawat dengan tingkat kecemasan pasien yang dirawat di ruang ICU adalah dengan menggunakan uji korelasi *Sperman's rho* dengan derajat kemaknaan  $p < 0,05$  artinya ada hubungan yang bermakna antara dua variabel.

**J. Etika Penelitian**

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018b).

**1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**

Responden membaca dan menyetujui maksud dan tujuan dari penelitian yang dijelaskan oleh peneliti dan yang sudah tertulis di lembaran formulir. Kemudian mengisi formulir dan memberikan tanda tangan sebagai persetujuan untuk menjadi responden penelitian. Namun dalam penelitian ini jika ada responden yang tidak bersedia memberikan tanda tangan akan tetap bersedia menjadi responden, sehingga peneliti menghormati penuh kemauan responden.

## **2. Tanpa Nama (*Anonimity*)**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek, peneliti tidak mencantumkan nama lengkap subyek pada lembar pengumpulan data. Peneliti memberikan informasi kepada responden untuk mencantumkan inisial nama saja. Namun jika ada responden yang bersedia mencantumkan nama lengkap, maka peneliti akan menjaga privasi dari responden.

## **3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Segala informasi yang didapat oleh peneliti baik dari responden langsung maupun dari hasil pengamatan dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan temuan penelitian yang dilakukan penulis pada bulan Juni-Juli di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang. Tujuan penelitian ini adalah untuk hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping, dan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU.

#### A. Analisa Univariat

Dengan analisis univariat, didapat melihat bagaimana faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan.

##### 1. Karakteristik Responden

###### a) Usia

**Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase %
Dewasa Awal (25-34)	3	10
Dewasa Akhir (35-44)	4	13.3
Lansia Awal (45-54)	14	46.7
Lansia Akhir (55-64)	6	20
Manula (>65)	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden berusia lansia awal (45-54) tahun yaitu sebanyak 14 orang (46.7%).

**b) Jenis Kelamin**

**Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase %
Laki-Laki	21	70
Perempuan	9	30
Total	30	100

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 21 orang (70%).

**c) Pendidikan**

**Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Pendidikan	Frekuensi	Persentase %
SD	2	6.7
SMP	3	10
SMA	17	56.7
Perguruan Tinggi	8	26.7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar responden dengan pendidikan SMA yaitu sebanyak 17 orang (56.7%).

**2. Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat**

**Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang ICU di Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Komunikasi Terapeutik	Frekuensi	Persentase %
Baik	19	63.3
Cukup	7	23.3
Kurang	4	13.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer diolah (2024)



Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar komunikasi terapeutik perawat baik yaitu sebanyak 19 orang (63.3%).

### 3. Gambaran Mekanisme Koping Pasien

**Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Mekanisme Koping Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Mekanisme Koping	Frekuensi	Persentase %
Adaptif	21	70
Mal Adaptif	9	30
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar mekanisme koping responden pada kategori adaptif yaitu sebanyak 21 orang (70%).

### 4. Gambaran Tingkat Kecemasan

**Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien CAD di Ruang ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n=30)**

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase %
Tidak Cemas	5	16.7
Ringan	13	43.3
Sedang	9	30
Berat	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa sebagian besar tingkat kecemasan responden pada kategori ringan yaitu sebanyak 13 orang (43.3%).

## B. Analisa Bivariat

### 1. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Mekanisme Koping Pasien CAD di Ruang ICU

**Tabel 4. 7 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Mekanisme Koping Pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n-30)**

Komunikasi Terapeutik	Mekanisme Koping				Total		P-value	R
	Adaptif		Mal Adaptif		f	%		
	f	%	f	%				
Baik	17	89.5	2	10.5	19	100	0.000	0.624
Cukup	4	57.1	3	42.9	7	100		
Kurang	0	0	4	100	4	100		
Total	21	70	9	30	30	100		

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Pada tabel 4.7 diketahui bahwa komunikasi terapeutik baik dan mekanisme koping adaptif yaitu 17 orang (89.5%) dan nilai signifikansi sebesar  $0.000 < 0.05$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan mekanisme koping pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci dengan tingkat keeratan kuat (0.6240). Semakin kuat tingkat keeratan semakin positif dan signifikan hubungan komunikasi terapeutik dengan mekanisme koping oleh perawat yang diberikan kepada pasien.

## 2. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien CAD di ruang ICU

**Tabel 4. 1 Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang Tahun 2024 (n-30)**

Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan								Total	P value	R	
	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		Berat					
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Baik	4	21.1	11	57.9	3	15.8	1	5.3	19	100	0.004	0.505
Cukup	1	14.3	2	28.6	4	57.1	0	0	7	100		
Kurang	0	0	0	0	2	50	2	50	4	100		
Total	5	16.7	13	30	9	30	3	10	30	100		

Sumber : Data Primer diolah (2024)

Pada tabel 4.8 diketahui bahwa komunikasi terapeutik baik dan tidak cemas yaitu 4 orang (21.1%), komunikasi terapeutik perawat baik dan tingkat kecemasan ringan yaitu sebanyak 11 orang (57.95), komunikasi terapeutik perawat baik dan tingkat kecemasan sedang yaitu sebanyak 3 orang (15.85) dan komunikasi terapeutik baik dan tingkat kecemasan berat sebanyak 1 orang (5.3%) dan nilai signifikansi sebesar  $0.004 < 0.05$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci dengan tingkat keeratan cukup (0.505). Semakin kuat tingkat keeratan semakin positif dan signifikan hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien, dimana semakin kuat hubungan terapeutik perawat maka semakin rendah tingkat kecemasan pasien.

## BAB V

### PEMBAHASAN

## **A. Analisis Univariat**

### **1. Karakteristik Responden**

#### **a) Usia**

Diketahui berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar usia pasien CAD di ruang ICU adalah lansia awal (35-44 tahun) sebanyak 14 orang (46.7%).

Usia termasuk dalam salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan seseorang diantaranya merupakan faktor risiko penyakit CAD dimana penambahan usia akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner. Semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar tingginya risiko yang menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga mengganggu aliran darah. CAD lebih sering menyerang usia dewasa tua karena pada usia dewasa tua memiliki faktor risiko yang lebih besar seperti adanya riwayat merokok, kadar kolesterol total dan LDL yang meningkat, hipertensi, DM dan faktor usia sendiri (Nelwan, 2019a). Dikuatkan dengan teori (Notoadmojo, 2018) bahwa usia seseorang merupakan faktor risiko yang kuat bagi terjadinya penyakit jantung koroner. Dalam hal ini masih belum jelas sampai berapa jauh kerentanan terhadap atherosklerosis, semakin bertambahnya usia seseorang semakin bertambahnya faktor risiko terkena penyakit jantung koroner semakin tinggi dan pada umumnya dimulai pada usia 40 tahun keatas.

Penyebab utama CAD adalah aterosklerosis, kelainan ini sudah mulai terjadi pada usia muda, diawali terbentuknya sel busa, kemudian pada usia antara 10 sampai 20 tahun berubah menjadi bercak perlemakan dan pada usia 40 sampai 50 tahun bercak perlemakan ini selanjutnya dapat berkembang menjadi plak aterosklerotik yang dapat berkomplikasi mempercepat pembentukan trombus yang bermanifestasi klinis berupa infark miokardium maupun nyeri dada (Brunner & Suddarth, 2015)

Menurut *American Heart Association* 1 dari 9 wanita berusia 45-60 tahun mengidap penyakit jantung koroner dan 1 dari 3 wanita berusia diatas 60 tahun mengidap 37 penyakit jantung koroner, dan 1 dari 2 wanita akan meninggal karena mengidap penyakit jantung dan stroke. Penderita CAD didominasi usia lebih dari 45 tahun dengan analisis data demografi menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami CAD dikarenakan perubahan atau kemunduran dalam berbagai aspek kehidupannya, baik secara fisik maupun psikis menurut (D'Agostino et al., 2019). (Nelwan, 2019a) menyatakan kerentanan terhadap aterosklerosis meningkat dengan bertambahnya usia. Pada laki- laki biasanya risiko meningkat setelah umur 45 tahun sedangkan pada wanita umur 55 tahun.

Hasil penelitian sependapat dengan penelitian(Supriyono, 2018), tentang pengaruh usia terhadap kejadian penyakit jantung koroner (PJK) yaitu telah dibuktikan adanya hubungan antara usia dan

kematian akibat PJK meningkat dengan bertambahnya usia. Juga didapatkan hubungan antara usia dan kadar kolesterol yaitu kadar kolesterol total akan meningkat dengan bertambahnya usia. Kejadian CAD akan semakin bertambah dengan bertambahnya usia kondisi ini diakibatkan karena pada tahap proses penuaan akan mengubah fungsi vaskuler termasuk perubahan endotel pembuluh darah. Endotel pembuluh darah atau lapisan sel terdalam dari struktur pembuluh darah ini akan meningkatkan produksi endothelin (ET) yang merupakan vasokonstriktor kuat pada saat proses penuaan, kondisi ini berperan terhadap proses terjadinya aterosklerosis (Lewis, 2020) . Penelitian lainnya oleh (Ghani et al., 2016) menunjukkan bahwa responden yang usianya yang lebih dari 30 tahun beresiko 2,72 dibanding usia yang kurang dari 30 tahun.

Menurut Peneliti penderita CAD semakin tinggi dan pada umumnya dimulai pada usia 40 tahun keatas hal ini bisa di pengaruhi oleh gaya hidup yang kurang sehat, seperti banyak mengkonsumsi makanan berlemak, merokok, minum alkohol, dan stress. Bertambahnya usia seseorang mempengaruhi penyakit jantung koroner dikarenakan pembuluh darah mengalami perubahan progresif dan berlangsung secara terus menerus dalam waktu yang lama. Timbulnya plak yang menempel di dinding pembuluh arteri yang menyebabkan terganggunya aliran darah. Selain itu terjadi perubahan aspek fungsi fisiologis tubuh sehingga lebih rentan terkena penyakit. Oleh karena itu



pentingnya sosialisasi kepada masyarakat agar tidak terkena CAD dengan menjaga pola hidup sehat secara fisik dan psikologis sehingga dapat mempertahankan kualitas hidupnya dan mencegah terjadinya komplikasi karena faktor usia terbukti menjadi salah satu penyebab terjadinya CAD yang menyebabkan kematian.

#### **b) Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar jenis kelamin pasien CAD di ruang ICU adalah laki-laki yaitu sebanyak 21 orang (70%).

Notoatmodjo (2018) menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih sering terkena serangan jantung dibanding perempuan. Hormon estrogen pada wanita memberikan berbagai efek melindungi terhadap faktor risiko penyakit jantung koroner seperti dapat meningkatkan kolesterol lipoprotein densitas tinggi (HDL). Jenis kelamin laki-laki lebih beresiko terkena penyakit jantung koroner dibandingkan dengan wanita. Gejala CAD di Amerika Serikat terjadi pada seseorang dengan usia sebelum umur 60 tahun dilaporkan 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 17 wanita. Ini berarti laki-laki memiliki risiko penyakit jantung koroner 2-3 kali lebih besar daripada wanita. Akan tetapi pada wanita yang sudah *menopause* risiko penyakit jantung koroner meningkat dan hampir tidak terlihat perbedaan dengan laki-laki. (Bernis, 2017) perbedaan jenis kelamin berbeda juga gaya hidup dan kebiasaan baik maupun tidak baik, pada kasus penyakit jantung koroner sebagian besar berjenis



kelamin laki-laki dua kali lebih banyak dibandingkan berjenis kelamin perempuan, ini dikarenakan perbedaan gaya hidup yang tidak sehat sebagian contoh laki-laki lebih banyak melakukan kebiasaan merokok.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nelwan, 2019a) yang menyatakan bahwa aterosklerosis 3 kali lebih sering terjadi pada pria dibanding wanita. Wanita agaknya relatif lebih kebal terhadap penyakit ini karena dilindungi oleh hormon estrogen, namun setelah *menopause* sama rentannya dengan pria. (Susilo.C, 2015) menjelaskan bahwa angka kejadian pada laki-laki jauh lebih banyak dibanding pada perempuan akan tetapi kejadian penyakit jantung koroner akan lebih banyak setelah perempuan menopause sekitar usia 50 tahun. Dikarenakan hormon estrogen memiliki proteksi terhadap terjadinya penyumbatan pembuluh darah, dimana pada orang yang berumur lebih dari 65 tahun ditemukan 20% CAD pada laki-laki dan 12% pada wanita.

Hasil penelitian yang telah peneliti paparkan diatas menjelaskan bahwa laki-laki mempunyai risiko lebih tinggi terhadap penyakit atau serangan jantung dibandingkan dengan perempuan dikarenakan laki-laki memiliki tingkat stres baik di lapangan pekerjaan atau dirumah, dan laki-laki memiliki cara terbatas untuk menghadapi dan mengekspresikan stress secara emosional dibandingkan wanita. Perempuan memiliki hormon estrogen yang berfungsi untuk melindungi dari penyakit jantung koroner, sehingga risiko perempuan

terkena penyakit jantung koroner sedikit, namun perempuan lebih berisiko terjadi ketika sudah *menopause*. Peneliti berpendapat bahwa jenis kelamin menjadi faktor penyakit jantung koroner, terutama pada laki-laki yang dengan kebiasaan merokok, stress yang tidak dapat di ekspresikan menekan terjadinya penyakit jantung koroner. Oleh karena itu pentingnya edukasi oleh tenaga medis tentang pencegahan CAD terutama pada laki-laki dengan perbaikan pola hidup seperti menghindari rokok, meningkatkan aktivitas fisik, membiasakan pola makan dan menu makanan yang baik, dan lain-lain.

**c) Pendidikan**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui sebagian besar pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang memiliki tingkat Pendidikan SMA dengan jumlah 17 orang (56.7%).

Pendidikan menurut Notoatmodjo (2018) adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku yang positif dan meningkat. Pendidikan seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan, pemahaman dan pengetahuan. Pendidikan juga mempengaruhi perilaku manusia, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tepat dalam menentukan perilaku serta semakin cepat pula untuk mencapai tujuan meningkatkan derajat kesehatan

Menurut (Bolisani, E., & Bratianu, 2017) responden yang memiliki pendidikan rendah memiliki faktor risiko jantung koroner

lebih banyak serta bersikap tidak peduli dan beranggapan penyakit tersebut tidak akan menyerangnya. Tingkat pendidikan seseorang memiliki hubungan dengan tingkat pemahaman, kesadaran dan pengetahuan sebuah informasi dari pengalaman atau studi formal. Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan individu mengenai kesehatan lingkungan dan pengetahuan terhadap penyakit. Semakin rendah tingkat pendidikan menyebabkan pengetahuan individu tentang penyakit jantung koroner pun kurang serta kesadaran untuk menjalani pengobatan teratur dan kontrol kesehatan secara rutin juga relatif rendah (Negesa et al., 2020).

Menurut (Andhuvan et al, 2017) pendidikan dapat meningkatkan kematangan intelektual individu. Kemampuan intelektual ini berpengaruh pada wawasan, cara berfikir dalam mengambil keputusan (Andhuvan et al, 2017). Kurangnya tingkat pendidikan dapat dilihat dari kurangnya upaya individu untuk menjaga kesehatan tubuh ataupun lingkungan. Tingkat pendidikan yang rendah dapat meningkatkan resiko kekambuhan penyakit jantung coroner (Al-Nafisi & Awad, 2014)

Berdasarkan hasil penelitan menurut peneliti banyaknya responden yang berpendidikan SMA dilatar belakangi tingkat kemampuan orang tua responden dalam menyekolahkan responden. Selain itu menurut peneliti menunjukkan bahwa kesadaran pasien masih sangat rendah untuk mengakses informasi tentang kesehatan.

Informasi kesehatan menjadi hal yang sangat penting dalam rangka mengurangi angka kejadian penyakit, penyebaran penyakit, angka kesakitan dan angka kematian. Kurangnya terpapar pada informasi mengenai kesehatan pasti akan membuat masyarakat rentan terhadap suatu penyakit termasuk penyakit SKA. Oleh karena itu pentingnya sosialisasi pendidikan kesehatan tentang SKA melalui promosi kesehatan.

## **2. Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik perawat ICU baik sejumlah 19 orang (63.3%). Responden menyatakan perawat ICU di RS Sari Asih Karawaci Tangerang pada komunikasi terapeutiknya di kategorikan sudah baik, artinya perawat ICU mampu berdiskusi dengan pasien tentang masalah yang dihadapi oleh pasien untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan.

Komunikasi terapeutik terjadi apabila hubungan saling percaya antara perawat-pasien. Pertama-tama pasien harus percaya bahwa perawat mampu memberikan pelayanan keperawatan dalam mengatasi keluhannya, demikian juga perawat harus dapat dipercaya dan diandalkan atas kemampuan yang telah dimiliki dari aspek kapasitas dan kemampuannya, sehingga pasien tidak meragukan kemampuan yang dimiliki perawat. Perawat harus mampu memberikan jaminan atas kualitas pelayanan keperawatan agar pasien tidak ragu, tidak cemas, pesimis dalam menjalani proses pelayanan keperawatan (Kusumo, 2019).

Pasien yang dirawat di ICU adalah dalam keadaan mendadak, tidak direncanakan hal ini menyebabkan stressor bagi pasien. Semua stressor ini menyebabkan pasien mengalami kondisi psikologis yang tidak stabil berupa rasa takut yang berlebihan, perasaan menyerah dan putus asa, kecemasan hingga depresi (Loihala, 2016) Penelitian yang dilakukan (Rezki et al., 2017) dengan judul “Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* RSUD Ratu Zalecha Martapura, pada 30 responden diperoleh hasil yang menyatakan bahwa komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik sebanyak 25 responden (83,4 %), komunikasi terapeutik perawat dalam kategori cukup sebanyak 5 responden (16,7 %). Penelitian yang dilakukan oleh (Dwi, 2016) diperoleh bahwa perawat sudah melakukan komunikasi terapeutik dengan baik sebanyak 75%. Sementara penelitian lainnya yang dilakukan (Kristiani & Dini, 2017a) menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik hanya 47%.

Komunikasi terapeutik dilakukan oleh perawat harus secara sistematis dan sesuai dengan tahapan komunikasi terapeutik, yang meliputi tahap pra-interaksi, pengenalan, orientasi, kerja hingga tahap terminasi (Nursalam, 2020a) Komunikasi terapeutik dirancang dan dilakukan secara profesional untuk tujuan terapi. Seorang perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapi melalui komunikasi (Suryani, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat mengucapkan salam menemui pasien sebanyak 30 orang (100%), perawat

perawat memperkenalkan diri dengan jelas sebanyak 29 orang (96,6%) dan menggunakan bahasa yang sederhana atau yang biasa digunakan saat berkomunikasi yaitu sebanyak 29 orang (96.6%), perawat juga saat berkomunikasi dengan pasien mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang anda keluhkan sebanyak 28 orang (93.3%) dan perawat mengakhiri wawancara atau komunikasi dengan cara yang baik sebanyak 29 orang (96.6%). Pernyataan ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tahapan komunikasi terapeutik berdasarkan fase preinteraksi meliputi tahap orientasi perawat mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menanyakan kabar, menunjukkan sikap siap membantu. Tahap kerja perawat menanyakan keluhan, mendengarkan dan menanggapi keluhan pasien, menyampaikan pesan dengan jelas dan mudah dipahami, menggunakan nada suara lembut. Tahap terminasi perawat mengucapkan salam perpisahan, membuat kontrak waktu, mengevaluasi respon pasien (Damayanti, 2008).

Menurut analisa peneliti, sebagian besar perawat sudah melakukan komunikasi terapeutik disetiap tindakan keperawatan, khususnya di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) hal ini menunjukkan bahwa perawat telah menerapkan hubungan saling percaya dengan pasien sehingga akan lebih mudah bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

### **3. Gambaran Mekanisme Koping Pasien**



Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mekanisme coping pasien dengan kategori adaptif sejumlah 21 orang (70%). Mekanisme coping adaptif adalah mekanisme coping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan seperti mampu mengontrol emosi, memecahkan masalah secara efektif, melakukan teknik relaksasi, menerima dukungan dari orang lain, dan aktivitas konstruktif (Stuart & Laraia, 2018). Mekanisme coping memiliki peranan penting bagi ketahanan individu untuk merespon hambatan secara fisik, sosial dan psikis. Pemilihan *coping stress* yang tepat pada individu menimbulkan dampak positif. Individu yang melakukan mekanisme coping secara tepat mampu mengelola emosi saat mengalami hambatan (Setyawan et al., 2018). Selain itu mampu meminimalisir stressor saat proses pengobatan, sehingga individu melakukan pengobatan hingga selesai (Widyawati, 2013).

Mekanisme coping pasien yang dirawat di ICU merupakan bentuk adaptasi terhadap perubahan yang terjadi karena dirawat di ruang ICU. Bentuk mekanisme coping yang kurang dengan cara tidak dapat tenang saat menghadapi perawatan. Pasien yang dirawat di ruang ICU mengalami masalah psikologis seperti sikap yang tidak tenang, cemas, gelisah dan lainnya. Pasien biasanya juga dilanda ketakutan dan kecemasan yang dapat mengubah persepsi tentang kondisi yang sebenarnya. Pasien yang dirawat di ICU memiliki kebutuhan emosional dan informasi yang harus ditangani oleh dokter dan perawat ICU. Pasien yang mengalami stress dan kecemasan terkait perawatan di ruang ICU dapat menghambat coping,



adaptasi, pengambilan keputusan kesehatan pasien yang sedang dirawat. Jika sumber coping yang dimanfaatkan dengan dengan baik maka pasien dapat mengembangkan mekanisme coping yang adaptif, sehingga dapat menanggulangi kecemasannya (Munadifah, 2018)

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Patricia and Harmawati, (2021) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki mekanisme coping adaptif yaitu sebanyak 68.1%

Pada penelitian ini mekanisme coping adaptif yaitu yang paling sering digunakan oleh pasien CAD di ruang ICU berdasarkan hasil kuesioner adalah berdoa dan bertawakal. Aspek spiritualitas dapat membantu dalam mengatasi penyakit kronis dengan memberikan dukungan, kepercayaan dan harapan. Spiritualitas atau keyakinan dalam beragama membantu dalam mencapai coping yang sehat. Spiritual juga efektif dalam membantu merubah kebiasaan negatif seseorang. Tingkat keimanan seseorang berhubungan erat dengan kekebalan atau daya tahan tubuh dalam menghadapi masalah hidup yang merupakan sebuah stressor psikososial (Astuti, 2017). Hal tersebut didukung oleh penelitian (Mutammimah, 2018) yang menyatakan bahwa aspek spiritual berpengaruh terhadap mekanisme coping adaptif seseorang. Aspek spiritualitas ini mengajarkan seseorang untuk lebih sabar, tabah dan selalu mengambil hikmah dari kondisi sakitnya. Seseorang yang selalu berdoa dan bertawakal kepada Allah akan mendapatkan ketenangan jiwa dengan cara meningkatkan

keyakinannya, sehingga tidak mudah guncang dalam menghadapi lika-liku kehidupan ini (Ghofar, 2012)

Mekanisme koping yang sering digunakan selanjutnya adalah membicarakan masalah dengan keluarga. Keluarga merupakan orang terdekat yang dapat memberikan dukungan sosial terbesar bagi penderita. Peran keluarga yang sering dilakukan berupa mendengarkan cerita dari (Satria & Rusminingsih, 2018) penderita dan berusaha mencari solusi mengenai penyakitnya. Keluarga juga sering mengingatkan mengenai manajemen diabetes melitus, dan keluarga mengantarkan pasien untuk berobat (Satria & Rusminingsih, 2018). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa membicarakan masalah dengan keluarga merupakan faktor terpenting bagi seseorang untuk melakukan strategi koping yang efektif sehingga menghasilkan adaptasi yang baik dan menjadi pola baru dalam kehidupan.

Pada penelitian ini, juga didapatkan bentuk mekanisme koping maladaptif pada pasien CAD di ruang ICU adalah sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam. Penggunaan koping maladaptif dengan melakukan hal-hal negatif membuktikan bahwa penderita belum bisa menerima keadaannya saat ini (Azhari, 2016). (Heriani et al., 2013) yang menyatakan bahwa bentuk mekanisme koping maladaptif adalah kurang tidur karena selalu memikirkan penyakit yang dialaminya sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari, pada akhirnya pasien menggunakan obat tidur dan obat

penenang dalam menghadapi setiap permasalahan serta menyesal selama ini tidak menjaga pola hidup sehat.

(Kusyati, 2018) yang menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi mekanisme koping terbagi menjadi 2 yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri, meliputi usia, jenis kelamin, kepribadian, intelegensi, pendidikan, nilai kepercayaan, budaya, emosi dan kognitif. Usia dapat mempengaruhi mekanisme koping karena struktur individu yang kompleks dan sumber koping yang berubah sesuai dengan tingkatan usia akan menghasilkan reaksi yang berbeda dalam menghadapi suatu pengalaman di kehidupannya.

Sartika *et al.*, (2022) menyatakan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin siap menghadapi masalah dan lebih banyak pengalaman hidup sehingga mekanisme koping yang dilakukan semakin baik. Jenis kelamin merupakan faktor yang dapat mempengaruhi mekanisme koping adaptif. Pada penelitian ini sebagian responden adalah laki-laki hal ini sesuai dengan (Purnawati & Nasrani, 2018) bahwa ada perbedaan respon antara laki-laki dan perempuan saat menghadapi suatu masalah. Otak perempuan memiliki kewaspadaan yang negatif terhadap adanya masalah. Pada perempuan tekanan memicu hormon negatif sehingga memunculkan stres, gelisah, dan rasa takut. Sedangkan laki-laki umumnya menikmati adanya tekanan tersebut bahkan menganggap bahwa masalah tersebut dapat memberikan dorongan yang positif berbeda dengan

Sartika *et al.*, (2022) yang menyatakan bahwa laki-laki mempunyai emosional tinggi daripada perempuan. Sehingga perempuan lebih berpotensi menghadapi, menyelesaikan, serta menuntaskan suatu permasalahan.

Berdasarkan uraian diatas peneliti berasumsi bahwa usia menjadi hal yang penting dalam melakukan mekanisme koping. Hal ini berkaitan dengan usia yang lebih tua memiliki pemikiran yang sudah matang dalam menghadapi suatu masalah, karena memiliki pengalaman yang lebih dalam dan mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi. Selanjutnya laki-laki dan perempuan memiliki persepsi berbeda dalam membuat keputusan dan menggunakan mekanisme koping tergantung individu masing-masing. Oleh karena itu pentingnya peran berbagai pihak terutama petugas kesehatan sehingga pasien mampu melakukan mekanisme koping lebih baik.

#### **4. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian pasien mengalami kecemasan dengan kategori ringan sebanyak 19 responden (35,2%). *Anxiety* atau kecemasan adalah keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya) (Muyasaroh, 2020). Kecemasan pada pasien CAD dapat bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan yang

dialami pasien memiliki beberapa alasan, diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas dan takut akan kematian (Sianipar et al., 2021) . Pada umumnya pasien yang dirawat di ruang ICU atau ruangan intensif, datang dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan, penyakit yang kritis serta keparahan penyakit menyebabkan perawatan yang lama yang dihubungkan dengan kekhawatiran serta kecemasan yang terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita CAD (Huffman et al., 2010).

Hasil penelitian ini sejalan dengan Penelitian (Karima & Setyorini, 2017) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, bahwa dari total responden yang didapatkan, mayoritas mengalami kecemasan sedang 43.3%, kecemasan ringan 33,3%, dan 23,4% responden mengalami kecemasan berat dan tidak ada responden yang tidak mengalami kecemasan. Penelitian lainnya oleh di ruang rawat intensif RS Dr. Kariadi, 37% pasien mengalami kecemasan ringan, 33% mengalami kecemasan sedang, dan 30% mengalami kecemasan berat dan peneliti lainnya oleh Sitepu, Roulita and Deniati (2024) diperoleh bahwa sebanyak 38.9% pasien mengalami kecemasan ringan. Adapun yang mengalami kecemasan tingkat berat yaitu 5 responden (16,7 %), yang mengalami cemas tingkat sedang yaitu 5

responden (16,6 %), yang mengalami cemas tingkat ringan sebanyak 10 responden (33,4 %) dan yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 10 (33,3%).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan antara fakta dan teori tidak ada kesenjangan, dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada responden dengan tingkat kecemasan ringan yaitu dikarenakan adanya rasa khawatir yang menggejolak didalam hati responden yang disebabkan adanya situasi ruang perawatan dan alat-alat yang menempel ditubuh, sulit berkonsentrasi. Ini sesuai dengan teori (Stuart & Laraia, 2016) yang mengatakan bahwa cemas ringan bisa menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapangan persepsinya. Sedangkan responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang dikarenakan responden belum siap untuk menghadapi penyakit yang dideritanya sehingga mengakibatkan perubahan dan memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Responden yang mengalami tingkat kecemasan berat dikarenakan adanya kebingungan ketakutan, depresi dan kecemasan yang tinggi tentang diagnosa penyakit dan resiko kematian. Ini sesuai dengan teori (Stuart & Laraia, 2016) yang mengatakan individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berfikir tentang yang lain. Kecemasan ini dapat menjadi faktor risiko untuk terjadinya prognosis yang lebih buruk dan peningkatan risiko kematian pada pasien CAD (Shahvali et al., 2022).



Oleh karena itu pentingnya mengurangi resiko kecemasan yang tinggi pada pasien SKA dengan memberikan dukungan secara fisik, psikologi dan sosial oleh tenaga medis dan keluarga pada saat perawatan berupa kegiatan pendidikan kesehatan secara rutin bagi pasien beserta keluarganya sehingga bisa saling tukar pengalaman dan informasi mengenai penyakit CAD.

## **B. Analisis Bivariat**

### **1. Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Mekanisme Koping Pasien CAD**

Berdasarkan hasil uji hipotesis pada bab sebelumnya menunjukkan dari 30 responden dengan komunikasi terapeutik perawat yang baik sebanyak 17 orang responden dengan mekanisme koping adaptif (89.5%) dan 2 orang mengalami mekanisme koping mal adaptif (10.5%). Selanjutnya komunikasi terapeutik perawat yang cukup sebanyak 4 orang responden dengan mekanisme koping adaptif (57.1%) dan 3 orang mengalami mekanisme koping mal adaptif (42.9%). Dan komunikasi terapeutik yang kurang sebanyak 4 responden mengalami mekanisme koping yang mal adaptif (100%).

Sesuai uji korelasi *Sperman's rho* diperoleh hasil, nilai *P-value* 0,004 < nilai ( $\alpha = 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak, yang artinya ada hubungan komunikasi terapeutik perawat ICU dengan mekanisme koping pasien CAD di ruang ICU.



Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien yang didasari oleh hubungan saling percaya yang di dalam komunikasi tersebut terdapat seni penyembuhan. Di dalam berkomunikasi antara perawat dengan pasien, harus dibangun rasa nyaman, aman dan percaya. Hal ini merupakan landasan utama berlangsungnya komunikasi yang efektif (Priyoto, 2015). Sedangkan mekanisme koping merupakan usaha yang digunakan seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi yang mengurangi rasa nyaman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stress (Videbeck, 2019). Azizah, (2018) menyatakan bahwa mekanisme koping merupakan bentuk antisipasi normal setiap manusia untuk mengantisipasi masalah bersifat psikis maka semakin baik komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat maka mekanisme koping semakin adaptif oleh penelitian (Damayanti, 2008), semakin buruk komunikasi terapeutik maka semakin mal adaptif mekanisme koping sehingga pasien tidak mampu beradaptasi dengan masalah yang dialaminya.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh (Setyawan, 2019) tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme koping pasien di ruang hemodialisa blud RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo diperoleh bahwa semakin baik komunikasi maka semakin adaptif mekanisme koping pasien (*p value* 0.000).

Pada penelitian ini juga diperoleh hasil hubungan komunikasi terapeutik cukup namun mekanisme koping adaptif yaitu sebanyak 4 orang (57.1%). Peneliti menganalisa kemungkinan hal ini dapat terjadi karena

beberapa faktor yang berbeda-beda pada tiap responden diantaranya adalah faktor pendidikan, dimana semakin tinggi pendidikan pasien maka akan mempengaruhi pengetahuan dan pola pikir yang pasien. Sehingga dengan pendidikan yang tinggi akan memudahkan dalam berkomunikasi dan juga dapat mempengaruhi mekanisme coping pasien. Selain itu, ada juga faktor lainnya yaitu jenis kelamin dimana laki-laki lebih menikmati adanya tekanan dan menganggap bahwa masalah yang dihadapinya dapat memberikan dorongan yang positif.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diuraikan maka, meningkatkan komunikasi terapeutik perawat di ruang ICU terhadap pasien CAD adalah hal yang sangat penting sehingga mampu meningkatkan kualitas perawatan pasien, keselamatan pasien, serta mampu menciptakan mekanisme coping adaptif pasien. Semakin kuat tingkat keeratan semakin baik komunikasi terapeutik perawat yang diberikan kepada pasien.

## **2. Hubungan Komunikasi Terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan Pasien CAD**

Hasil penelitian menunjukkan dari 30 responden dengan komunikasi terapeutik perawat yang baik sebanyak 4 orang responden (21.1%) tidak mengalami kecemasan dan 11 orang mengalami kecemasan ringan (57.9%) dan 3 orang dengan kecemasan sedang (15.8%) dan 1 orang mengalami kecemasan berat (5.3%). Sesuai uji korelasi *Sperman's rho* diperoleh hasil,

nilai P-value  $0,004 < \text{nilai } (\alpha = 0,05)$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak, yang artinya ada hubungan komunikasi terapeutik perawat ICU dengan tingkat kecemasan pasien CAD di ruang ICU.

Kecemasan yang dialami pada pasien, dapat dibantu salah satunya dapat melalui pemberian informasi dan penjelasan (Retnaningsih & Etikasari, 2020) Hal ini sesuai teori yang mengatakan bahwa pemberian informasi dan penjelasan ini dapat dilakukan dengan baik apabila didukung oleh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat yaitu dengan menyampaikan informasi tentang keadaan pasien sesuai dengan wewenangnya, yang artinya semakin baik perawat memberikan komunikasi terapeutik maka kecemasan yang dialami pasien semakin rendah.

Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi spesifik yang mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan dan gagasan dan yang menyampaikan penerimaan dan penghargaan. Teknik-teknik komunikasi terapeutik yang baik jika diterapkan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan. Namun sebaliknya apabila komunikasi terapeutik yang digunakan tidak baik, maka level kecemasan akan meningkat (Videbeck, 2019). Komunikasi terapeutik dikatakan baik bila perawat bekerja sama dengan pasien mendiskusikan tentang masalah yang sedang dihadapi untuk pencapaian tujuan tindakan keperawatan, perawat memberi informasi tentang tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan melakukan evaluasi hasil tindakan keperawatan terhadap pasien (Suwaryanti, 2018)

Pada penelitian ini, berdasarkan kuesioner responden yang menilai komunikasi terapeutik perawat baik dikarenakan responden merasakan bahwa apabila pasien ingin bertanya pada perawat, senantiasa dijawab dengan baik. Pasien senang jika perawat menawarkan untuk membantu menyelesaikan kekhawatiran pasien tentang kondisi saat dirawat. Pasien yang menilai komunikasi terapeutik cukup baik, karena masih ada beberapa tindakan komunikasi perawat yang tidak sesuai dengan harapan pasien. Seperti jika berbicara, perawat tidak pernah melihat ke arah pasien, berbicara dengan bahasa yang sulit pasien mengerti, merasa perawat kurang mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian.

Pada penelitian ini juga ditemukan tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat kurang baik dengan tingkat kecemasan sedang sebanyak 2 responden (50%). Peneliti menganalisa kemungkinan hal ini dapat terjadi karena beberapa faktor yang berbeda tiap responden. Terdapat 17 responden dengan pendidikan sarjana, pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi pengetahuan dan pola pikir yang baik. Sehingga dengan pendidikan yang tinggi akan memudahkan dalam berkomunikasi dengan keluarga pasien dan juga dapat mempengaruhi kecemasan yang dialaminya.

Selain itu pada hasil penelitian ini juga ditemukan tentang komunikasi terapeutik perawat baik tetapi masih ada pasien yang mengalami kecemasan berat 1 responden (5,3%), hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan. Dimana faktor yang mempengaruhinya

adalah lingkungan rumah sakit khususnya ruangan ICU. Lingkungan ruang ICU akan membuat pasien cemas akan komplikasi dan peralatan yang digunakan dalam perawatan pasien, peraturan kunjungan pasien yang dibatasi. Sehingga pasien mengalami suatu keadaan depresi atau kecemasan berat, setelah dirawat di ruang ICU.

Hal ini didukung penelitian (Saragih & Suparmi., 2017) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang dirawat di ruang ICU/ICCU RSD Husada Jakarta dari 25 responden. Didapatkan bahwa faktor peralatan dan lingkungan ICU yang membuat keluarga cemas sebanyak 15 responden (60%). Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa beberapa faktor lingkungan ICU yang menjadi faktor cemas menurut pasien adalah adanya peralatan yang terpasang ditubuh pasien, kurangnya kunjungan, suara bising alat-alat mesin. Hal ini didukung dengan penelitian di *Intensive Care Unit* Rumah Sakit TK II Kesdam Iskandar Muda Banda Aceh, dari 51 responden. Yang menyatakan komunikasi terapeutik baik 34 responden, dan 39 responden mengalami kecemasan ringan (Nafdianto & Armiyadi, 2016) Penelitian lain di ICU/ICCU RSUD MM Dunda Limboto dari 60 responden, yang menyatakan komunikasi terapeutik cukup baik ada 44 responden, dan 38 responden mengalami `kecemasan sedang(Sabarini, 2019). Sedangkan hasil penelitian di ICU RSAH Kapasari Surabaya, dari 15 responden menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik ada 4 responden dan yang mengalami kecemasan berat ada 3 responden (Kristiani & Dini, 2017b)

Peneliti menganalisa bila responden yang mendapatkan komunikasi terapeutik baik maka berdampak pada tingkat kecemasan ringan. Begitu juga dengan responden yang mendapatkan komunikasi terapeutik cukup baik berdampak pada tingkat kecemasan sedang. Masih terdapat penilaian responden bagi perawat dengan komunikasi terapeutik yang kurang baik, akan berdampak pada kecemasan berat bagi pasien.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dan teori yang ada, menunjukkan semakin baik komunikasi terapeutik perawat ICU maka tingkat kecemasan pasien semakin ringan. Dapat dikatakan antara variabel komunikasi terapeutik perawat ICU dan variabel tingkat kecemasan pasien memiliki hubungan yang berkebalikan.

### **C. Implikasi Keperawatan**

Hasil penelitian hubungan komunikasi terapeutik dengan dengan mekanisme coping dan tingkat kecemasan pasien *Coronary Artery Disease* (CAD) di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) setelah diuji menggunakan analisis rank spearman menunjukan bahwa terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping dan tingkat kecemasan pasien *Coronary Artery Disease* (CAD) Di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

Komunikasi terapeutik dilakukan oleh perawat harus secara sistematis dan sesuai dengan tahapan komunikasi terapeutik, yang meliputi tahap prainteraksi, perkenalan, orientasi, kerja hingga tahap terminasi (Nursalam, 2020a).



(Stuart & Laraia, 2016) secara umum, koping dapat diklasifikasikan dalam dua cara yaitu adaptif dan maladaptif, strategi koping adaptif (misalnya, seperti mencari informasi yang lebih banyak tentang masalah yang sedang dihadapi, teknik relaksasi, dan mampu mengatasi). Strategi koping maladaptif (misalnya, minum sebagai akibat dari perilaku menghindar) berhubungan dengan ketidakpuasan hidup dan gejala psikologis yang lebih parah setelah peristiwa stress.

Pada penelitian ini responden nya adalah pasien yang dirawat di ruang ICU atau ruangan intensif, datang dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan, penyakit yang kritis serta keparahan penyakit menyebabkan perawatan yang lama yang dihubungkan dengan kekhawatiran serta kecemasan yang terjadi akibat adanya ketakutan terhadap ancaman kematian, kecacatan seumur hidup, dan penurunan kualitas hidup. Apabila tidak ditangani dengan tepat kecemasan tersebut akan berlanjut menjadi depresi dan memperburuk perjalanan penyakitnya karena dapat memperlambat penyembuhan, meningkatkan komplikasi dan mortalitas penderita CAD (Huffman et al., 2010). Komunikasi yang dilakukan perawat dalam kategori baik dan mekanisme koping responden adaptif serta kecemasan ringan.

Peran perawat sangat dibutuhkan bagi pasien CAD di ruang ICU dengan cara melakukan komunikasi dengan baik dan pendekatan personal misalnya menggunakan bahasa yang sederhana atau yang biasa digunakan saat berkomunikasi, perawat mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang keluhkan pasien sehingga pasien merasakan nyaman dengan

situasi yang dihadapinya dan mampu mengurangi kecemasan. Komunikasi terapeutik yang baik juga mampu meminimalisir stressor sehingga pasien dapat beradaptasi dengan penyakitnya serta mampu melakukan pengobatan hingga selesai. Strategi koping yang efektif memiliki efek menguntungkan bagi pasien sehingga pasien tidak merasa tertekan hal ini dilakukan dengan berdoa dan bertawakkal, serta berbicara dengan anggota keluarga untuk mengatasi masalah yang dialaminya.

#### **D. Keterbatasan**

Pada penyusunan penelitian ini penulis mengalami keterbatasan waktu yang relative singkat dengan rentang 2 (dua) bulan yaitu bulan Mei sampai dengan Juni 2024. Selain itu pasien berjumlah sedikit sehingga sampel yang digunakan adalah seluruh responden (pasien) CAD yang ada diruang ICU pada 2 (dua) bulan tersebut. Sebaiknya penelitian diberikan waktu yang lebih lama sehingga penulis mendapatkan sampel sesuai jumlah yang diharapkan.



**BAB VI**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini berisi kesimpulan dan saran dari penelitian “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Mekanisme Coping dan Tingkat Kecemasan Pasien *Coronary Artery Disease* (CAD) di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU)” Kesimpulan dari penelitian ini merupakan informasi berdasarkan tujuan umum dan tujuan khusus penelitian.

Saran digunakan penelitian sebagai rekomendasi setelah diketahui hasil dari penelitian. Berikut ini beberapa kesimpulan dan saran yang didapat dari hasil penelitian.

**A. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian dapat disimpulkan diantaranya sebagai berikut:

1. Komunikasi Terapeutik berpengaruh positif dan signifikan terhadap mekanisme koping dan tingkat kecemasan pasien CAD.
2. Karakteristik pasien CAD di Ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang sebagian besar responden berusia lansia. Jenis Kelamin sebagian besar responden memiliki jenis kelamin laki-laki dan sebagian besar responden dengan pendidikan SMA.
3. Gambaran komunikasi terapeutik perawat di ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang diketahui sebagian besar dengan kategori baik.
4. Gambaran mekanisme koping pasien CAD di ruang ICU RS Sari Asih Karawaci Tangerang adalah sebagian besar pada kategori adaptif.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan mekanisme koping dan tingkat kecemasan pasien CAD di ruang ICU Rumah Sakit Sari Asih Tangerang.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Universitas Sultan Agung Semarang**

Dapat menjadi bahan masukan atau referensi tambahan wawasan dan pengetahuan mengenai hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan mekanisme coping dan tingkat kecemasan pasien *Coronary Artery Disease (CAD)* di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* sehingga mahasiswa mampu untuk memberikan informasi tentang salah satu cara mengurangi kecemasan dan mekanisme koping yang melalui pelaksanaan komunikasi terapeutik yang baik.

### **2. Bagi peneliti lain**

Diharapkan dapat melakukan penelitian dengan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kecemasan dan mekanisme koping pada pasien CAD misalnya dukungan keluarga, kondisi fisik, lingkungan, dan lain-lain.

### **3. Bagi RS Sari Asih Karawaci**

Sebaiknya perawat berperan aktif dalam memberikan konseling sebagai sarana konsultasi kesehatan pada pasien yang mengalami CAD. Perawat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan penyakit CAD dengan komunikasi yang terapeutik sebagai upaya preventif sehingga banyak masyarakat yang terhindar dari kecemasan dan mampu melakukan mekanisme koping dengan adaptif.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, I. M. (2020). Hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan pasien rawat inap di BP RSUD Kebumen. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 5(3), 143–152.
- Anadiyanah. (2021). Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Icu Rsud Dr. H Ibnu Sutowo Baturaja. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 10–27.
- Arianti, N. D. (2017). Gambaran Komunikasi SBAR Saat Transfer Pasien Pada Perawat Di RSUD K.R.M.T. Wongsonegoro Semarang. *Universitas Diponegoro*. <http://eprints.undip.ac.id/55103/>
- Azhari, L. N. (2016). Manajemen Stres Pasien Dengan Ulkus Kaki Diabetikum Di RSUD Kota Semarang. *Keperawatan*.
- Bernis. (2017). *No Title*.
- Bolisani, E., & Bratianu, C. (2017). Knowledge strategy planning: an integrated approach to manage uncertainty, turbulence, and dynamics. *Journal of Knowledge Management*, 21(2), 233–253. <https://doi.org/10.1108/JKM-02-2016-007>
- Brunner, & Suddarth. (2015). *Buku Ajar keperawatan medikal bedah Edisi 8 Vol 3*.
- D'Agostino, R. B., Vasan, R. S., Pencina, M. J., Wolf, P. A., Cobain, M., Massaro, J. M., & Kannel, W. B. (2019). *General Cardiovascular Risk Profile For Use In Primary Care: The Framingham Heart Study*. *Circulation*. 117(6), 743–753. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>
- Damayanti. (2008). *Komunikasi terapeutik dalam praktek keperawatan*. (2nd ed.). Refika Aditama.
- Dwi, E. . (2016). Hubungan Komunikasi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien di Unit perawatan Kritis. *The Sudirman Journal Of Nursing*.
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS ONE*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>
- Ghani, L., Susilawati, M. D., & Novriani, H. (2016). Faktor risiko dominan



- penyakit jantung koroner di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44(3), 153–164.
- Ghofar, A. (2012). *Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik*. Mitra Buku.
- Gullick, L. (2019). Manajmen Sumber Daya Manusia. *Jurnal Manajemen Pendidikan*, 9(2), 952–962.
- Hamid, A., & Maliga, I. (2023). JIMKesmas JIMKesmas. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat*, 6(2), 56–67. <https://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/view/23429/14027>
- Handayani, R. (2019). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Yang Dipersepsikan Keluarga Pasien Dengan Tingkat Kepuasan Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Adnaan WD Payakumbuh 2019. *Jurnal Keperawatan*, 2(1), 19–32. [http://repo.upertis.ac.id/819/1/24 RINI HANDAYANI.pdf](http://repo.upertis.ac.id/819/1/24%20RINI%20HANDAYANI.pdf)
- Heriani, P., Nauli, F. A., & Woferst, R. (2013). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Mekanisme Koping Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RSUD Teluk Kuanta*.
- Herkulana. (2013). *No Title*.
- Huffman, J. C., Celano, C. M., & Januzzi, J. L. (2010). The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 123. <https://doi.org/10.2147/ndt.s6880>
- Jalowiec, A., Murphy, S., & Powers, M. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Journal*, 33(3), 157–161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6563533/>
- Juniati, A. S. (2017). Hubungan Tingkat Stress Dengan Strategi Koping Yang Digunakan Pada Santri Remaja Di Pondok Pesantren Nurul Alimah Kudus. *Publikasi Riset Kesehatan Untuk Daya Saing Bangsa*, 1(1), 104–110. <https://prosiding.stikescendekiautamakudus.ac.id/index.php/pros/article/view/234/14>
- Karima, A., & Setyorini, Y. (2017). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Lama Hari Rawat Pada Pasien Akut Miokard Infark (AMI) DI Ruang ICVCU RSUD DR. Moewardi Surakarta. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 2(1), 21–28. <https://doi.org/10.37341/jkg.v2i1.28>
- Kemendes RI. (2010). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Peringatan Hari Jantung Sedunia 2021: Jaga Jantungmu untuk Hidup Lebih Sehat*. <https://ayosehat.kemkes.go.id/peringatan-hari-jantung-sedunia-2021-jaga-jantungmu-untuk-hidup-lebih-sehat>
- Khan, M. A., Hashim, M. J., Mustafa, H., Baniyas, M. Y., Al Suwaidi, S. K. B. M., AlKatheeri, R., Alblooshi, F. M. K., Almatrooshi, M. E. A. H., Alzaabi, M. E. H., Al Darmaki, R. S., & Lootah, S. N. A. H. (2020). Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*, 12(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.9349>
- Kristiani, R. B., & Dini, A. N. (2017a). Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit (Icu) Rs Adi Husada

- Kapasari Surabaya. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 71–75. file:///C:/Users/MyBook 11/Documents/Komunikasi dengan tingkat kecemasan.pdf
- Kristiani, R. B., & Dini, A. N. (2017b). Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Di Intensive Care Unit (Icu) Rs Adi Husada Kapasari Surabaya. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 71–75. file:///C:/Users/MyBook 11/Documents/Komunikasi dengan tingkat%0Akecemasan.pdf
- Kurniadi, H. (2015). *Stop! Diabetes, Hipertensi, Kolestrol Tinggi, Jantung Koroner*. Istana Media.
- Kusumo, M. P. (2019). Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien di Rawat Jalan RSUD Jogja. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 6(1), 76–81. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6130>
- Kusyati. (2018). Hubungan Antara Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Wates. Yogyakarta. *Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Jendral Achmad Yani*.
- Lemone, P. (2019). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (K. Burke, M. Bauldoff, S. Gerene, N. Linda, & A. Nike Budhi (eds.); 5th ed.). EGC. [http://ki.bnlib.web.id/index.php?p=show\\_detail&id=5233](http://ki.bnlib.web.id/index.php?p=show_detail&id=5233)
- Lewis. (2020). Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. *Mosbysevier*, 2(7).
- Loihala, M. (2016). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang HCU RSUD Sele Besolu Kota Sorong. *Kesehatan*, 7(8), 176–181.
- Lovbond. (1995). *No Title*.
- Mu. (2019). *No Title*.
- Munadifah, D. S. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Oral Hygiene Anak Tuna Grahitadi Sekolah Luar Biasa Negeri Kaliwungu Kudus. *PROSIDING HEFA ( Health Events for All )*., 89–100.
- Mutammimah, B. (2018). *Hubungan Religiusitas Dengan Tingkat Kecemasan Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II DI Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Sleman Yogyakarta*. 08. [http://digilib.unisayogya.ac.id/2516/1/NASKAH\\_PUBLIKASI.pdf](http://digilib.unisayogya.ac.id/2516/1/NASKAH_PUBLIKASI.pdf)
- Mutarobin, Nurachmah, E., & Adam, M. (2019). Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Coronary Artery Disease Pre Coronary Artery Bypass Grafting. *Quality : Jurnal Kesehatan*, 13(1), 9–21. <https://doi.org/10.36082/qjk.v13i1.58>
- Muyasaroh, H. (2020). Kajian Jenis Kecemasan Masyarakat Cilacap dalam menghadapi Pandemi Covid 19. *LP2M UNUGHA Cilacap*, 3.
- Nafdianto, A., & Armiyadi, M. (2016). *Communication Therapeutic and Anxiety Family in the Icu Rstk-Ii Kesdam Banda Aceh*.
- Nelwan, J. E. (2019b). *Penyakit Jantung Koroner Tinjauan dari Kesehatan Masyarakat*. Deepublish.
- Ninik Azizah. (2013). Hubungan Antara Ketuban Pecah Dini dan Kejadian Asfiksia Pada Bayi Baru Lahir. *Jurnal Eduhealth*, 3(2), 126–129.
- Notoadmojo. (2007). *No Title*.

- Notoatmodjo. (2018a). Metodologi Penelitian Kesehatan. In *Rineka Cipta*.
- Notoatmodjo, S. (2018b). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020a). *Manajemen keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Salemba Medika (ed.); 4th ed.).
- Nursalam. (2020b). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* (Edisi 5). Salemba Medika.
- Patricia, H., & Harmawati. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga dan Mekanisme Koping dengan kualitas Hidup Pasien Gagal ginjal kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa. *Jurnal Keperawatan STIKES Syedza Saintika*, 2(1). <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/PSNSYS/article/view/937>
- Pratiwi, A. G. (2017). Hubungan Komunikasi Terapeutik Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Dengan Motivasi Kesembuhan Pada Pasien Rawat Inap Di Rsud Kota Madiun. *Jurnal Keperawatan*, 1(5), 111–129.
- Priyoto. (2015). *Komunikasi dan Sikap Empati dalam Keperawatan*. (1st ed.). Graha ilmu.
- Purnawati, S., & Nasrani, L. (2018). Perbedaan Tingkat Stress Antara Laki Laki dan Perempuan pada peserta Yoga di Kota Denpasar. *Medika Udayana*, 4(12).
- Putra. (2021a). Correlation between Therapeutic Communication of Nurse With Patient Satisfaction in Ward of dr. Zainoel Abidin General Hospital. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1(1), 49.
- Putra, A. A. P. (2021c). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan tingkat kecemasan keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit ( Literature Review ) Pasien Di Ruang Intensive Care Unit*. 163.
- Putri, R. D., Nur'aeni, A., & Belinda, V. (2018). Kajian Kebutuhan Belajar Klien dengan Penyakit Jantung Koroner. *Journal of Nursing Care*, 1(1), 60. <https://doi.org/10.24198/jnc.v1i1.15771>
- Rahmadani. (2015). *No Title*.
- Retnaningsih & Etikasari. (2020). *No Title*.
- Rezki, I. M., Lestari, D. R., & Setyowati, A. (2017). Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Di Ruang Intensive Care Unit. *Dunia Keperawatan. Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 4(1), 30–35. <https://doi.org/10.20527/dk.v4i1.2538>
- Riduwan. (2013). *No Title*.
- Sabarini, R. (2019). Penyebab gangguan kesehatan mental dari faktor sosial budaya. *Kedokteran*, 20(2), 6. <https://dosenpsikologi.com/penyebab-gangguan-kesehatan-mental-dari-fakt%0Aor-sosial-budaya>
- Saragih, D., & Suparmi., Y. (2017). Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Pasien yang Dirawat di Ruangan ICU/ICCU RS Husada Jakarta. *Kosala JIK*, 5(1).
- Sarfika et al. (2018). *No Title*.
- Sartika, Istiana, D., Arifin, Z., Megantari Putri, H. A., Syamdarniati, S., & Nur Sukma Purqoti, D. (2022). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisa Rsud Provinsi Ntb. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 11(2), 67–77. <https://doi.org/10.57267/jisym.v11i2.112>
- Satria, G., & Rusminingsih, E. (2018). Hubungan Antara Dukungan Keluarga



- Dengan Tingkat Stres Psikologis Pada Pasien Ulkus Diabetes Melitus Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. The 6th University Research Colloquium 2017 University Muhammadiyah Magelang. *Keperawatan*.
- Setiati, S., Alwi, I., Sudoyo, A., Stiyohadi, B., & Syam, A. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid VI*. Interna Publishing.
- Setyananda, T., Indraswari, R., & Prabamurti, P. (2021). Tingkat Kecemasan (State-Trait Anxiety) Masyarakat dalam Menghadapi Pandemi COVID-19 di Kota Semarang. *MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT INDONESIA*, 20, 251–263. <https://doi.org/https://doi.org/10.14710/mkmi.20.4.251-263>
- Setyawan, R., Sutriningsih A, W., & Adi., R. C. (2018). Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Panti Waluya Malang. *Nursing Journal*, 3(3), 738–747.
- Shahvali, E. A., Adineh, M., Jahangirimehr, A., Safavi, A., Davarpanah, I., & Saberipour, B. (2022). The Effect of Family’s Scheduled Visitation on Vital Signs and Satisfaction Level of Patients Admitted to the Cardiac Care Unit: A Randomized Clinical Trial. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/jjcdc-123165>
- Sianipar, S. S., Suryagustina, & Indriyani, E. E. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. 12(1), 231–249. <https://doi.org/10.33859/dksm.v12i2.683>
- Siregar, N. S. S. (2016). Komunikasi Terapeutik Dokter dan Paramedis terhadap Kepuasan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan. repository. *Program Pasca Sarjana Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.*, 2(1), 78–90. [uinsu.ac.id/1176/1/Disertasi Nina Siti Salmaniah Siregar](https://uinsu.ac.id/1176/1/Disertasi%20Nina%20Siti%20Salmaniah%20Siregar).
- Sitepu, A. A., Roulita, & Deniati, K. (2024). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat ICU Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(5474), 1333–1336.
- Smeltzer, S. C & Barre, B. G. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (Brunner & Suddarth (ed.); 8th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stuart, G., & Laraia, M. . (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 9th St.Louis : Mosby Year B*. (Elsevier (ed.)). Mosby Year B.
- Sugiyono. (2014). *Statistika untuk Penelitian*. Alfabeta.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. CV. Alfabeta.
- Suhaila et al. (2017). *No Title*.
- Sujarweni, V. W. (2014). *Metode Penelitian: Lengkap, Praktis, dan Mudah Dipahami* (1st ed.). Pustaka Baru Press.
- Suprihatin, T. (2015). Manajemen Stress Kerja Pada perawat Intensive Care Unit (ICU)Rumah sakit. *Jurnal Keperawatan*, 8(2), 103–110.
- Suprihatiningsih, T., Pranowo, S., & Permana, K. G. (2021). Hubungan Mekanisme Koping dan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Hemodialisis. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, 14(1), 52–67. <http://www.e-jurnal.stikesalirsyadclp.ac.id/index.php/jka/article/view/191>
- Suryani. (2015). *Komunikasi terapeutik : teori dan praktik*. Buku Kedokteran EGC.

- Susilo.C. (2015). Identifikasi Faktor Usia, Jenis Kelamin dengan Luas Infark Miokard pada Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Ruang ICCU RSD DR. Soebandi Jember. *He Indonesian Journal of Health Science*, 1, 1–2.
- Suwarnyanti. (2014). *No Title*.
- Suwarnyanti. (2018). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Mekanisme Koping Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Tugurejo Semarang. *Keperawatan*.
- Videbeck, S. L. (2019). *Psychiatric Mental Health Nursing* (Dave Murphy (ed.); Eight). Wolters Kluwer.
- Wahyuni, I. R. (2023). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Yang Di Rawat Di Ruang ICU RSU Kartini. *Jurnal Keperawatan STIKES PPNI*, 5(1), 1689–1699. <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hpatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseyonsociety.com/downloads/reports/Educa>
- Wicaksana, A., & Rachman, T. (2023). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2023. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 3(1), 10–27. <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Wicaksono, M. A. F., Maryana, & Susana, S. A. (2020). *PENGARUH PEMBERIAN TERAPI SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT) TERHADAP KECEMASAN PRE OPERASI MATA DENGAN GENERAL ANESTESI DI RS MATA DR. YAP YOGYAKARTA*. 2–3. <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2489/>
- Wicaksono, S. (2020). Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner (PJK) Pada Pasien Rawat Inap Di Intensive Cardiovascular Care Unit (ICCU) RSUD DR M Yunus Bengkulu. *Jurnal Kemas Indonesia*, 12(1), 26–32.
- World Health Organization. (2021). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Yubliana, G. (2017). *Komunikasi Terapeutik: Penatalaksanaan Komunikasi Efektif dan Terapeutik Pasien dan Dokter Gigi*. Universitas Padjajaran.