



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KOMUNIKASI
TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN
PASIEN DI RUANG ICU RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Skripsi

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

**NUR ANISAH
NIM :30902400260**

**PRODI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KOMUNIKASI
TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN
PASIEN DI RUANG ICU RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**



**NUR ANISAH
NIM. 30902400260**

**PRODI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, jika di kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi Berjudul:

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

**Nama : Nur Anisah
NIM : 30902400260**

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada:

Pembimbing,

Tanggal : 19 Agustus 2025

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M. Kep., Sp.KMB
NUPTK. 6639754655230112

HALAMAN PENGESAHAN

Skrpsi berjudul:

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KOMUNIKASI
TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN
DI RUANG ICU RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Disusun oleh:

**Nama : Nur Anisah
NIM : 30902400260**

Telah dipertahankan di depan dewan pengaji pada tanggal 19 Agustus 2025 dan
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pengaji I,

Dr. Ns. Ema Melastuti, M. Kep.
NUPTK. 6852754655231142

E/le

Pengaji II,

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M. Kep., Sp.KMB
NUPTK. 6639754655230112

DR

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep
NUPTK. 1154752653130093

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2025**

ABSTRAK

Nur Anisah

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

xvi + 72 halaman+ 3 gambar + 10 tabel + 10 lampiran

Latar Belakang: *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan unit khusus di rumah sakit yang memberikan perawatan intensif dan pemantauan ketat bagi pasien dengan kondisi kritis. Unit ini dilengkapi dengan alat medis canggih seperti ventilator dan monitor hemodinamik, serta memiliki rasio tenaga medis yang tinggi untuk memastikan penanganan optimal (Smith & Jones, 2020; Brown et al., 2019; Williams & Green, 2021). Tim multidisiplin di ICU, termasuk dokter spesialis dan perawat terlatih, bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan medis dan psikologis pasien (Taylor, 2022; Miller & Adams, 2018). Menurut WHO (2023), 10–20% pasien rumah sakit memerlukan perawatan di ICU. Di Indonesia, jumlah pasien ICU mencapai sekitar 15% dari total pasien rumah sakit (Kusuma, 2021). Data di RSUD Dr. Moewardi menunjukkan tren peningkatan pasien ICU, terutama akibat penyakit infeksi (Kemenkes, 2021). Sementara itu, di ICU RSI Sultan Agung Semarang, tercatat 1.278 pasien dirawat selama Januari–Oktober 2024, dengan kasus terbanyak adalah gagal napas sebanyak 143 pasien.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian adalah pasien sadar yang dirawat di ruang ICU dan memenuhi kriteria inklusi, dengan jumlah responden sebanyak 71 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner yang telah divalidasi untuk mengukur dukungan keluarga, komunikasi terapeutik, dan tingkat kecemasan. Analisis data dilakukan menggunakan rumus *spearman*.

Hasil: Berdasarkan hasil uji *spearman* diperoleh hasil dari 71 responden penelitian memiliki karakteristik usia terbanyak lansia awal dengan presentasi 36,6%, jenis kelamin terbanyak laki-laki sebanyak 64.8%, tingkat pendidikan terbanyak SMA dengan presentase 45,1%, pekerjaan sebanyak 80.3%, dukungan keluarga tinggi 74,6%, komunikasi terapeutik baik 90,1% dan kecemasan ringan 59,2%.

Kesimpulan: Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan tingkat kecemasan pasien. Selain itu, komunikasi terapeutik juga memiliki hubungan yang signifikan terhadap penurunan tingkat kecemasan pasien di ruang ICU rumah sakit islam sultan agung semarang.

Kata Kunci : ICU, kecemasan, dukungan keluarga, komunikasi terapeutik

Daftar pustaka : 36 (2016 – 2023)



**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, August 2025**

ABSTRACT

Nur Anisah

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND THERAPEUTIC COMMUNICATION AND PATIENT ANXIETY LEVELS IN THE ICU OF RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

xvi + 72 pages + 3 pictures + 10 tables + 10 appendices

Background: The Intensive Care Unit (ICU) is a specialized unit in a hospital that provides intensive care and close monitoring for critically ill patients. This unit is equipped with advanced medical equipment such as ventilators and hemodynamic monitors, and has a high staffing ratio to ensure optimal care (Smith & Jones, 2020; Brown et al., 2019; Williams & Green, 2021). The multidisciplinary team in the ICU, including specialist physicians and trained nurses, works together to meet the medical and psychological needs of patients (Taylor, 2022; Miller & Adams, 2018). According to the WHO (2023), 10–20% of hospital patients require ICU care. In Indonesia, ICU patients account for approximately 15% of total hospital patients (Kusuma, 2021). Data from Dr. Moewardi Regional Hospital (RSUD) shows an increasing trend in ICU patients, primarily due to infectious diseases (Ministry of Health, 2021). Meanwhile, in the ICU of Sultan Agung Islamic Hospital (RSI Sultan Agung Semarang), 1,278 patients were admitted between January and October 2024, with the most cases being respiratory failure (143 patients).

Methods: This study used a quantitative design with a cross-sectional approach. The sample consisted of conscious patients treated in the ICU and met the inclusion criteria, with 71 respondents. The research instrument used a validated questionnaire to measure family support, therapeutic communication, and anxiety levels. Data analysis was performed using the Spearman test.

Results: Based on the Spearman test, the 71 respondents were found to have the following characteristics: the highest age group was early elderly (36.6%), the highest gender was male (64.8%), the highest education level was high school (45.1%), the highest occupation was 80.3%, high family support (74.6%), good therapeutic communication (90.1%), and mild anxiety (59.2%).

Conclusion: There is a significant relationship between family support and patient anxiety levels. Furthermore, therapeutic communication also significantly reduced patient anxiety levels in the ICU at Sultan Agung Islamic Hospital, Semarang.

Keywords : ICU, anxiety, family support, therapeutic communication

Bibliography : 36 (2016 – 2023)



KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas limpahan rahmat, karunia dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan proposal metodologi penelitian yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga dan Komunikasi Terapeutik terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSI Sultan Agung Semarang”**. Dalam penyusunan proposal skripsi ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan proposal skripsi ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang di rencanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih 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 Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB. Selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB Selaku dosen pembimbing I yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.

5. Dr.Ns.Erna Melastuti,M.Kep Selaku dosen pembimbing II yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
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. Orang tua saya, suami dan anak tercinta yang telah banyak berkorban dan selalu memberikan do'a, perhatian, motivasi, semangat dan nasehat.
8. Teman-teman seperjuangan FIK UNISSULA angkatan 2024-2025 Prodi S1 Keperawatan yang selalu memberi motivasi dalam penyusunan proposal skripsi.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam proposal skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga sangat membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Peneliti berharap proposal skripsi keperawatan ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, Agustus 2025

Penulis

Nur Anisah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	Error! Bookmark not defined
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	14
A. ICU	14
1. Pengertian Icu	14
2. Ruang lingkup pelayanan ICU	15
3. Kriteria pasien ICU	16
B. Keluarga	17
1. Pengertian Keluarga	17

2. Fungsi Keluarga	18
3. Tipe Keluarga.....	19
4. Peran Keluarga	20
5. Struktur Keluarga	21
C. Dukungan Keluarga	22
1. Pengertian dukungan keluarga	22
2. Jenis-jenis Dukungan Keluarga	23
3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	24
4. Peran Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU	25
5. Dampak Psikologis Keluarga yang Dirawat di ICU	25
D. Komunikasi Terapeutik.....	26
1. Pengertian Komunikasi Terapeutik.....	26
2. Teknik Komunikasi Terapeutik	27
3. Bentuk-bentuk Komunikasi Terapeutik.....	28
4. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik	29
5. Tahap Komunikasi Terapeutik.....	30
6. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik.....	31
E. Kecemasan	31
1. Pengertian Kecemasan	32
2. Rentang Respon Ansietas.....	33
3. Tingkat Kecemasan.....	34
4. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan.....	35
F. Kerangka Teori.....	38
G. Hipotesis.....	39

BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Kerangka Konsep	41
B. Variabel Penelitian	41
C. Jenis dan Desain Penelitian.....	42
D. Populasi dan Sampel.....	42
1. Populasi pada penelitian.....	42
2. Sampel Penelitian.....	43
E. Waktu dan tempat penelitian.....	44
1. Tempat dan Waktu penelitian	44
2. Waktu Penelitian	44
F. Definisi Operasional.....	45
G. Instrumen/Alat Pengumpul Data.....	46
1. Instrumen penelitian.....	46
2. Uji Instrumen Penelitian	48
H. Metode Pengumpulan Data.....	50
1. Data primer	50
2. Data Sekunder	50
I. Analisis Pengolahan Data	52
1. Pengolahan Data	52
2. Analisa Data	52
J. Etika Penelitian	54
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	57
A. Hasil Analisa Univariat	57
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	57
2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	57

3.	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	58
4.	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	58
5.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	58
6.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik.	59
7.	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Pasien	59
B.	Hasil Analisa Bivariat	60
1.	Hasil Analisa Bivariat Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Yang Dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.	60
2.	Hasil analisa bivariat hubungan komunikasi terapiutik dengan kecemasan pasien diruang icu Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.....	61
BAB	V PEMBAHASAN	64
A.	Pengantar Bab Pembahasan Hasil Penelitian	64
B.	Intepretasi Dan Diskusi Hasil.....	64
1.	Hasil Analisa Univariat.....	64
a.	Usia	64
b.	Jenis Kelamin.....	65
c.	Tingkat Pendidikan	66
d.	Pekerjaan.....	67
2.	Hasil Analisa Bivariat	67
a.	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien	67
b.	Hubungan Komunikasi Terapiutik Dengan Kecemasan Pasien	69
C.	Keterbatasan Penelitian.....	71

D. Impliksi untuk keperawatan	72
BAB VI PENUTUP	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	75

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	45
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Di RSI Sultan Agung Semarang	57
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rsi Sultan Agung Semarang	57
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di RSI Sultan Agung Semarang.....	58
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di RSI Sultan Agung Semarang.....	58
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di RSI Sultan Agung Semarang	58
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan komunikasi Terapiutik di RSI Sultan Agung Semarang	59
Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Pasien di RSI Sultan Agung Semarang	59
Tabel 4.8 Analisa Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien di ICU.....	60
Tabel 4.9 Analisa hubungan antara komunikasi terapiutik dengan kecemasan pasien di ruang ICU	61

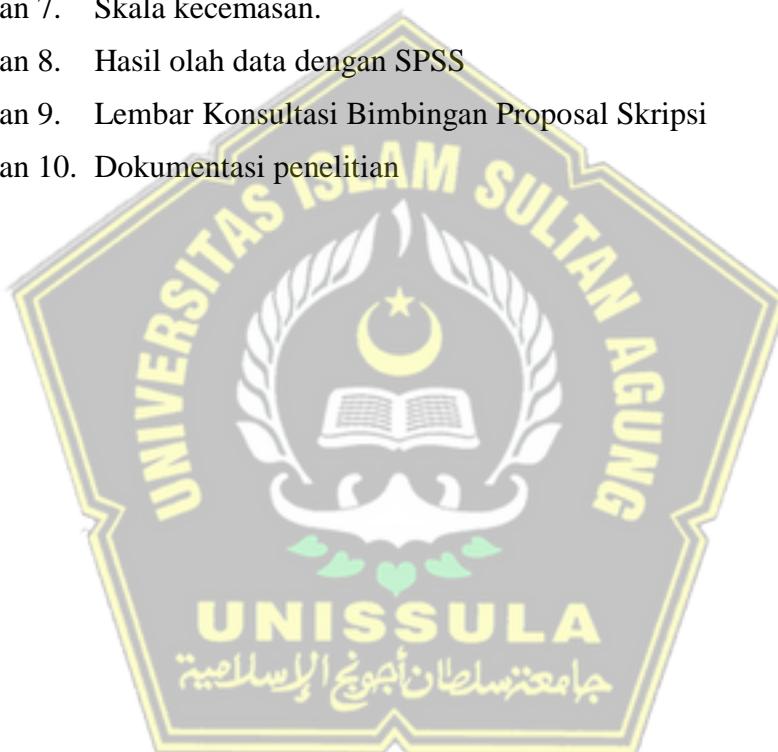
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Rentang Respon Ansietas	33
Gambar 2.2. Kerangka Teori	39
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat permohonan ijin survei pendahuluan
- Lampiran 2. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 3. Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 4. Permohonan untuk Menjadi Responden
- Lampiran 5. *Informed Consent*
- Lampiran 6. Instrumen Penelitian
- Lampiran 7. Skala kecemasan.
- Lampiran 8. Hasil olah data dengan SPSS
- Lampiran 9. Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal Skripsi
- Lampiran 10. Dokumentasi penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) adalah bagian dari rumah sakit yang dirancang khusus untuk memberikan perawatan intensif dan pemantauan pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan penanganan medis yang kompleks (Smith & Jones, 2020). Unit ini dilengkapi dengan peralatan medis canggih seperti ventilator, monitor hemodinamik, dan alat-alat lainnya yang mendukung fungsi vital tubuh pasien (Brown et al., 2019). ICU biasanya memiliki rasio perawat terhadap pasien yang lebih tinggi dibandingkan dengan unit perawatan biasa, sehingga memastikan setiap pasien mendapatkan perhatian yang optimal (Williams & Green, 2021). Pasien yang dirawat di ICU sering kali membutuhkan pengawasan terus-menerus karena risiko tinggi terhadap komplikasi medis, seperti gagal organ atau ketidakstabilan kardiovaskular (Johnson et al., 2020). Selain itu, ICU juga memiliki tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis, perawat terlatih, terapis pernapasan, dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja sama untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Taylor, 2022). Keberadaan tim ini memastikan bahwa semua aspek perawatan pasien, mulai dari penanganan medis hingga dukungan psikologis dapat terpenuhi dengan baik (Miller & Adams, 2018).

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2023, sekitar 10-20% dari semua pasien rumah sakit memerlukan perawatan

intensif di ruang ICU. Pasien-pasien ini umumnya memiliki masalah medis yang mengancam nyawa, sehingga memerlukan perhatian medis yang sangat intensif. Data lain yang dikeluarkan oleh *National Institute of Health* (NIH, 2022) menunjukkan bahwa di negara-negara dengan sistem kesehatan maju, ICU memiliki kapasitas terbatas, menyebabkan antrian pasien yang membutuhkan perawatan lebih lanjut. Di Indonesia, angka pasien yang membutuhkan perawatan di ICU diperkirakan mencapai 15% dari total pasien rumah sakit, yang menunjukkan pentingnya fasilitas ICU dalam sistem kesehatan nasional (Kusuma, 2021). Penelitian Listyorini (2019) di RSUD dr. Moewardi Solo didapatkan trend pasien di ICU mengalami peningkatan. Kriteria pasien yang harus dirawat di ICU disebabkan karena penyakit infeksi dan noninfeksi, dimana data tahun 2021 lebih banyak karena infeksi 4,9-11,5% (Kemenkes, 2021). Di ICU RSI Sultan Agung Semarang jumlah pasien yang dirawat di ruang ICU periode Januari - Oktober 2024 sebanyak 1278 pasien, dengan kasus tertinggi adalah pasien gagal nafas sejumlah 143 pasien.

Perawatan di ICU memiliki dampak signifikan terhadap pasien, baik dari segi fisik, psikologis, maupun sosial. Secara fisik, pasien ICU seringkali mengalami komplikasi akibat penggunaan alat bantu pernafasan atau prosedur medis invasif lainnya, yang dapat menyebabkan infeksi atau cedera pada organ tubuh tertentu (Smith et al., 2021). Secara psikologis, banyak pasien ICU yang mengalami kecemasan yang tinggi, depresi, dan stres pasca-trauma, yang disebabkan oleh kondisi kritis yang mereka alami, keterbatasan interaksi sosial, dan perasaan terisolasi dari keluarga (White & Harper, 2021). Dampak psikologis ini sering kali bertahan setelah pasien dipulangkan dari

ICU dan membutuhkan pemulihan lebih lanjut. Salah satu dampak yang sering dirasakan adalah kecemasan, yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien secara signifikan (Nugraha, 2020).

Kecemasan adalah kondisi emosional yang umum dialami oleh individu yang menerima perawatan kritis. Kecemasan ini disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk kondisi fisik yang serius, lingkungan ICU yang penuh tekanan, serta keterbatasan komunikasi akibat alat-alat medis seperti ventilator. Pasien ICU sering kali merasa tidak berdaya, mengalami ketakutan terhadap prognosis penyakit, atau merasa terganggu oleh suara mesin dan prosedur invasif yang berlangsung terus-menerus (Padilla, 2023; Stevenson, 2023). Ketidaktahuan mengenai kondisi kesehatan dan potensi pemulihan dapat menimbulkan rasa takut dan kekhawatiran. Pasien sering kali merasa khawatir tentang kemungkinan komplikasi atau hasil buruk dari penyakit mereka (Stevenson, 2023). Keterbatasan interaksi dengan keluarga karena aturan ketat ICU, terutama selama pandemi atau dalam situasi tertentu, dapat meningkatkan perasaan isolasi. Hal ini menjadi salah satu faktor utama kecemasan pada pasien ICU (Harlina & Aiyub, 2018).

Hasil penelitian di New York di dapatkan bahwa dari 50 ribu orang yang anggota keluarganya dirawat di ICU, 30% mengalami kecemasan berat. Kecemasan tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yaitu takut akan kecacatan (63%), takut kehilangan (21,3%), masalah sosial-ekonomi (10,7%), takut akan hal yang dtiketahui/kurangnya informasi (5%) (Kumala Sari, 2020). Hal ini juga ditemukan di Indonesia, secara umum mayoritas pasien yang dirawat di ICU merasakan kecemasan sedang dengan persentasi sebesar

72,5%, dan terdapat 12,5% responden merasakan kecemasan berat (Anadiyanah, 2021). Penelitian oleh Erna (2019), di ICU RSUD Sukabumi didapatkan hasil tidak mengalami kecemasan (35,3%), kecemasan ringan (38,2%), dan kecemasan sedang (26,2%). (Beesley, 2018).

Dampak kecemasan pada pasien ICU sangat signifikan, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisiologis, kecemasan dapat meningkatkan hormon stres seperti kortisol, yang mengganggu fungsi kardiovaskular, memperlambat penyembuhan luka, serta menurunkan imunitas tubuh (Hofmann et al., 2020). Secara psikologis, kecemasan yang tidak tertangani dapat menurunkan kemampuan kognitif, meningkatkan risiko depresi, dan menyebabkan gangguan tidur yang memperburuk kondisi pasien. Dampak jangka panjang kecemasan juga mencakup peningkatan risiko *post-intensive care syndrome* (Davidson et al., 2018). Oleh karena itu, keberadaan dukungan keluarga memiliki peran penting dalam membantu pasien mengelola kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup selama masa perawatan. Peran ini mencakup memberikan motivasi, perhatian, serta memastikan pasien merasa didukung secara emosional dan fisik sepanjang proses penyembuhan.

Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan oleh anggota keluarga untuk membantu pasien secara emosional, sosial, dan fisik selama proses perawatan. Menurut Johnson et al. (2020), dukungan keluarga mencakup berbagai bentuk perhatian, seperti kehadiran fisik, pemberian motivasi, serta komunikasi yang positif. Dalam konteks perawatan ICU, dukungan keluarga memiliki peran penting dalam memberikan rasa aman dan meningkatkan kesejahteraan psikologis pasien. Kehadiran keluarga dapat

memberikan kenyamanan emosional bagi pasien yang merasa terisolasi akibat lingkungan ICU. Studi oleh Brown et al. (2019) menunjukkan bahwa pasien yang menerima dukungan keluarga secara konsisten cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien tanpa dukungan keluarga. Faktor ini memperkuat pentingnya keterlibatan keluarga dalam proses perawatan, meskipun sering kali terkendala oleh kebijakan rumah sakit yang membatasi kunjungan keluarga.

Selain memberikan kenyamanan emosional, dukungan keluarga juga berkontribusi dalam memperkuat hubungan sosial pasien. Menurut Lin et al. (2018). Interaksi dengan keluarga membantu pasien merasa dihargai dan dicintai, sehingga dapat meningkatkan motivasi untuk pulih. Dalam beberapa kasus, anggota keluarga juga dapat membantu tim medis dengan memberikan informasi penting mengenai riwayat kesehatan pasien. Namun, dukungan keluarga sering kali tidak optimal akibat berbagai kendala, seperti kurangnya pemahaman keluarga tentang peran mereka dalam perawatan atau kebijakan rumah sakit yang membatasi akses keluarga (Priharswi & Kurniawati, 2021). Selain dukungan keluarga, komunikasi terapeutik juga menjadi elemen penting dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penyembuhan pasien.

Komunikasi terapeutik adalah bentuk interaksi interpersonal yang dirancang untuk mendukung proses penyembuhan pasien melalui komunikasi yang penuh empati dan pengertian. Menurut Smith et al. (2020), komunikasi terapeutik di ruang ICU bertujuan untuk mengurangi kecemasan pasien dengan cara memberikan informasi yang jelas, mendengarkan dengan aktif,

dan menunjukkan kepedulian melalui bahasa verbal maupun nonverbal. Pasien di ICU sering kali mengalami kecemasan tinggi akibat ketidakpastian kondisi kesehatan mereka, sehingga komunikasi terapeutik menjadi bagian integral dari perawatan holistik (Brown et al., 2019). Kecemasan pasien di ruang ICU dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi lingkungan, kurangnya informasi tentang kondisi kesehatan, dan interaksi terbatas dengan keluarga (Lin et al., 2018). Komunikasi terapeutik yang efektif dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan dipahami, sehingga secara signifikan menurunkan tingkat kecemasan mereka. Penelitian oleh Johnson dan White (2021) menunjukkan bahwa penerapan teknik komunikasi terapeutik, seperti penyampaian informasi secara perlahan dan penggunaan nada suara yang menenangkan, dapat mengurangi kecemasan pasien ICU hingga 35%. Implementasi komunikasi terapeutik di ICU juga melibatkan aspek nonverbal, seperti kontak mata, sikap tubuh yang terbuka, dan ekspresi wajah yang ramah. Brown et al. (2020) menjelaskan bahwa elemen nonverbal ini membantu menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis bagi pasien, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan.

Komunikasi terapeutik adalah keterampilan utama yang digunakan perawat untuk menenangkan pasien. Dengan berkomunikasi secara empatik dan jelas, perawat dapat mengurangi kecemasan pasien dan meningkatkan rasa aman mereka. Keterlibatan keluarga pasien juga sangat mendukung, karena dukungan emosional dari keluarga dapat mempercepat proses pemulihan pasien (Harrison & Foster, 2020; Johnson et al., 2020). Selain itu,

perawat juga berperan dalam mendidik keluarga mengenai kondisi medis pasien dan prosedur yang dilakukan, serta berkolaborasi dengan tim medis untuk memastikan perawatan yang terkoordinasi dengan baik (Jones & Anderson, 2021). Pelatihan komunikasi terapeutik yang tepat diperlukan agar perawat dapat mengelola kecemasan pasien dengan lebih efektif (Miller & Evans, 2021), menunjukkan bahwa penerapan teknik komunikasi terapeutik, seperti penyampaian informasi secara perlahan dan penggunaan nada suara yang menenangkan, dapat mengurangi kecemasan pasien ICU hingga 35%. Implementasi komunikasi terapeutik di ICU juga melibatkan aspek nonverbal, seperti kontak mata, sikap tubuh yang terbuka, dan ekspresi wajah yang ramah. Brown et al. (2020) menjelaskan bahwa elemen nonverbal ini membantu menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis bagi pasien, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepercayaan terhadap tenaga kesehatan.

Perawat memainkan peran penting dalam mengurangi kecemasan pasien ICU melalui pemberian dukungan emosional dan komunikasi terapeutik. Pasien ICU sering mengalami kecemasan akibat ketidakpastian kondisi medis dan keterbatasan interaksi sosial. Perawat bertugas mendengarkan keluhan pasien, memberikan informasi yang jelas tentang prosedur medis, serta menciptakan hubungan saling percaya untuk mengurangi rasa cemas (Green & Miller, 2022; Taylor et al., 2022). Komunikasi terapeutik adalah keterampilan utama yang digunakan perawat untuk menenangkan pasien. Dengan berkomunikasi secara empatik dan jelas, perawat dapat mengurangi kecemasan pasien dan meningkatkan rasa aman

mereka. Keterlibatan keluarga pasien juga sangat mendukung, karena dukungan emosional dari keluarga dapat mempercepat proses pemulihan pasien (Harrison & Foster, 2020; Johnson et al., 2020). Selain itu, perawat juga berperan dalam mendidik keluarga mengenai kondisi medis pasien dan prosedur yang dilakukan, serta berkolaborasi dengan tim medis untuk memastikan perawatan yang terkoordinasi dengan baik (Jones & Anderson, 2021). Pelatihan komunikasi terapeutik yang tepat diperlukan agar perawat dapat mengelola kecemasan pasien dengan lebih efektif (Miller & Evans, 2021).

Berdasarkan studi pendahuluan diperoleh data dari rekam medis di RSI Sultan Agung Semarang bulan mei-juli sebanyak 100 pasien di ruang ICU,75% pasien belum sembuh,21% pasien meninggal dunia,2% pasien dirujuk di rumah sakit lain dan 2% pasien dipulangkan. Data dari rekam medis tersebut menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik sangat dibutuhkan pasien di ruang ICU, agar pasien tidak merasa cemas,stress,dan ketakutan selama perawatan di ruang ICU. Hal tersebut menunjukkan bahwa adanya dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terdapat hubungan mengenai kondisi psikologis pasien yang di rawat di ruang ICU.

Fenomena yang terjadi di ruang ICU menunjukkan bahwa kecemasan pasien seringkali menjadi masalah utama yang mempengaruhi proses penyembuhan mereka. Pasien ICU, yang berada dalam kondisi kritis, menghadapi berbagai tantangan fisik dan emosional, termasuk rasa takut yang tinggi terhadap kematian, ketidakpastian prognosis, perubahan hemodinamik

yang tidak normal, terpasang alat-alat medis yang invasif dan keterbatasan interaksi dengan keluarga dan tenaga medis. Kondisi ini memunculkan kecemasan yang sering kali dapat memperburuk keadaan fisik pasien dan memperpanjang waktu pemulihan mereka (Harrison & Foster, 2020). Selain itu, dukungan keluarga memainkan peran penting dalam mengurangi tingkat kecemasan pasien selama perawatan di ICU. Komunikasi yang efektif dan empatik dapat membantu pasien memahami kondisi mereka dan meningkatkan rasa kontrol terhadap situasi yang dihadapi (Brown & Green, 2020). Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang lebih baik dalam rangka menciptakan hubungan saling percaya dan mendukung pemulihan pasien, sekaligus mengurangi kecemasan yang dapat mempengaruhi hasil perawatan di ICU. Dengan demikian, kolaborasi antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga menjadi kunci utama dalam menciptakan lingkungan perawatan yang holistik, mendukung pemulihan optimal, serta meningkatkan kualitas hidup pasien selama dan setelah masa perawatan di ICU. Berdasarkan penelitian tersebut maka peneliti merasa perlu dan penting untuk meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang ICU.

B. Rumusan Masalah

Keberadaan tim medis multidisiplin di ICU memastikan perawatan yang holistik dan menyeluruh (Smith & Jones, 2020; Brown et al., 2019). Di Indonesia, sekitar 15% pasien rumah sakit memerlukan perawatan ICU,

dengan pasien yang sering menghadapi masalah medis yang mengancam nyawa (Kusuma, 2021). Kecemasan ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti kondisi medis yang serius, ketidakpastian prognosis, dan keterbatasan komunikasi dengan keluarga (Padilla, 2023; Stevenson, 2023). Kehadiran keluarga memberikan kenyamanan emosional dan memperkuat motivasi pasien untuk pulih, meskipun terkadang terbentur oleh kebijakan rumah sakit yang membatasi kunjungan (Brown et al., 2019; Rahmawati et al., 2020). Komunikasi yang efektif dan empatik dapat membantu pasien memahami kondisi mereka dan meningkatkan rasa kontrol terhadap situasi yang dihadapi (Brown & Green, 2020). Oleh karena itu, penting bagi tenaga kesehatan untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang lebih baik dalam rangka menciptakan hubungan saling percaya dan mendukung pemulihan pasien.

Rumusan masalah yang muncul dari penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang ICU?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien yang dirawat di Unit Perawatan Intensif (ICU).

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang dirawat di ruang icu

- b. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga yang diterima oleh pasien
- c. Mengidentifikasi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di ruang icu
- d. Mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dialami pasien di ruang icu

D. Manfaat Penelitian

- 1. Bagi pasien
 - a. Membantu mengurangi tingkat kecemasan pasien di ICU melalui intervensi dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik yang efektif.
 - b. Meningkatkan pengalaman perawatan pasien, sehingga dapat berkontribusi pada pemulihan yang lebih cepat dan hasil klinis yang lebih baik.
- 2. Bagi keluarga
 - a. Memberikan pemahaman mengenai pentingnya peran dukungan keluarga dalam proses perawatan pasien, sehingga keluarga dapat lebih terlibat dan berpartisipasi dalam perawatan.
 - b. Meningkatkan komunikasi antara keluarga dan tenaga medis, yang dapat membantu keluarga merasa lebih tenang dan terinformasi mengenai kondisi pasien.
- 3. Bagi perawat

- a. Memberikan wawasan tentang teknik komunikasi terapeutik yang efektif untuk mengurangi kecemasan pasien, sehingga tenaga medis dapat menerapkan strategi yang lebih baik dalam praktik sehari-hari.
 - b. Mengedukasi tenaga medis mengenai pentingnya melibatkan keluarga dalam perawatan pasien, serta cara-cara untuk memperkuat dukungan tersebut.
4. Bagi Rumah Sakit
- a. Menyediakan bukti ilmiah yang dapat digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan praktik yang mendukung keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien di ICU.
 - b. Meningkatkan kualitas perawatan di ICU dengan mengurangi kecemasan pasien, yang pada gilirannya dapat mempercepat pemulihan dan mengurangi durasi rawat inap.
5. Bagi penelitian selanjutnya
- a. Menjadi dasar bagi penelitian lebih lanjut dalam bidang psikologi kesehatan, khususnya mengenai pengaruh dukungan sosial dan komunikasi dalam konteks perawatan kritis.
 - b. Memperluas pemahaman tentang dinamika hubungan antara pasien, keluarga, dan tenaga medis, serta implikasi terhadap kesehatan mental pasien di lingkungan perawatan intensif.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ICU

1. Pengertian Icu

Intensive Care Unit (ICU) adalah bagian dari rumah sakit yang dirancang khusus untuk memberikan perawatan intensif dan pemantauan pasien dengan kondisi kritis yang memerlukan penanganan medis yang kompleks (Smith & Jones, 2020). Unit ini dilengkapi dengan peralatan medis canggih seperti ventilator, monitor hemodinamik, dan alat-alat lainnya yang mendukung fungsi vital tubuh pasien (Brown et al., 2019). ICU biasanya memiliki rasio perawat terhadap pasien yang lebih tinggi dibandingkan dengan unit perawatan biasa, sehingga memastikan setiap pasien mendapatkan perhatian yang optimal (Williams & Green, 2021). Pasien yang dirawat di ICU sering kali membutuhkan pengawasan terus-menerus karena risiko tinggi terhadap komplikasi medis, seperti gagal organ atau ketidakstabilan kardiovaskular (Johnson et al., 2020). Selain itu, ICU juga memiliki tim multidisiplin yang terdiri dari dokter spesialis, perawat terlatih, terapis pernapasan, dan tenaga kesehatan lainnya yang bekerja sama untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Taylor, 2022). Keberadaan tim ini memastikan bahwa semua aspek perawatan pasien, mulai dari penanganan medis hingga dukungan psikologis dapat terpenuhi dengan baik (Miller & Adams, 2018).

Pelayanan keperawatan kritis bertujuan untuk menyediakan perawatan kepada pasien dengan kondisi berat yang memerlukan terapi intensif dan memiliki peluang untuk sembuh. Selain itu, pelayanan ini juga berfokus pada perawatan pasien dengan penyakit serius yang memerlukan pemantauan atau pengawasan ketat secara berkelanjutan, guna mendeteksi setiap perubahan kondisi yang membutuhkan tindakan segera. (Ummah, 2019). Kemampuan dalam melakukan observasi dan pengawasan intensif di bidang perawatan kegawatdaruratan, termasuk di antaranya adalah pemantauan hemodinamik pada pasien dengan kondisi kritis.

Di Indonesia, ketenagaan perawat di ruang ICU di atur dalam keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2011 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit yaitu, untuk ICU level I maka perawatnya adalah perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan lanjut, untuk ICU level II diperlukan minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat di ICU, dan untuk ICU level III diperlukan minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU (BakhshBaloch, 2020).

2. Ruang lingkup pelayanan ICU

Menurut Kemenkes (2011) meliputi hal- hal sebagai berikut:

- a. Diagnosis dan penatalaksanaan penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.

- b. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan penatalaksanaan spesifik problema dasar.
- c. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenic.
- d. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung oleh alat atau mesin dan orang lain.

3. Kriteria pasien ICU

Kriteria pasien icu menurut (Mermiri et al., 2021) yaitu:

- a. Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti: dukungan ventilasi, alat penunjang fungsi organ, infus, obat vasoaktif/inotropik obat anti aritmia. Sebagai contoh pasien pasca bedah kardiotoraksis, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa.

- b. Pasien prioritas 2

Golongan pasien memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Contoh pasien yang mengalami penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau pasien yang telah mengalami pembedahan mayor. Terapi pada golongan pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

c. Golongan pasien prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, yang disebabkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil.

Sebagai contoh antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat.

B. Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang dengan pernikahan dan kelahiran dan mempunyai tujuan untuk memelihara adat serta memperbaiki psikologis, fisik, sosial dan emosionalnya dalam setiap keluarganya (yahya & Aszrul, 2020). Keluarga merupakan bagian dalam masyarakat yang memiliki beberapa anggota yaitu suami, istri dan anak. Keluarga sejahtera berlandaskan pernikahan secara resmi, serta dapat terpenuhi didalam kebutuhan spiritual dan materi, selaras antar anggota dan masyarakat (Widagdo & Resnayati, 2019).

2. Fungsi Keluarga

Menurut friedman 1986 dalam yahya & Aszrul(2020), yaitu:

a. Fungsi Afektif

Fungsi ini adalah dimana rumah tangga saling mengasuh dan memberikan cinta. Kebahagiaan semua anggota keluarga dapat dilihat bahwa terwujudnya fungsi tersebut yang berhasil pada seiap anggota mempertahankan suasana yang baik.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan pengalaman pribadi yang mengarah pada interaksi sosial. Keluarga sebagai tempat dimana seseorang dapat belajar bersosialisasi antar anggota keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi ini dapat di lakukan setelah menikah,pasangan suami-istri tentunya menginginkan seorang anak,dimana fungsi reproduksi sebagai sarana melanjutkan generasi penerus keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

Dalam fungsi ini keluarga sebagai pemenuhan segala kebutuhan finansial semua anggota sebuah keluarga, misalnya dalam kebutuhan makan,pakaian dan tempat tinggal.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Bertujuan mengurus semua permasalahan kesehatan dan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada anggota yang sedang sakit.

3. Tipe Keluarga

Menurut Widagdo & Resnayati (2019), berikut macam tipe keluarga:

- a. Tipe Keluarga Tradisional
 - 1) Keluarga Inti, merupakan keluarga yang beranggotakan istri, suami, serta anak.
 - 2) Keluarga Besar, merupakan keluarga inti dengan keluarga lain yang memiliki hubungan sedarah misalnya kakek, nenek, paman, dan bibi.
 - 3) Keluarga *Dyad*, merupakan keluarga beranggotakan suami dan istri kecuali anak.
 - 4) *Single parent* merupakan keluarga beranggotakan satu orang tua dengan anak(kandung atau angkat).
 - 5) *Single adult* merupakan keluarga yang beranggotakan hanya satu orang dewasa.
 - 6) Keluarga Usila merupakan keluarga yang beranggotakan suami istri yang lanjut usia.
- b. Tipe Keluarga Non Tradisional
 - 1) *Commune Family* merupakan keluarga tanpa ada hubungan sedarah tapi serumah.

- 2) Orang Tua (ayah-ibu) tanpa menikah tetapi hidup bersama dan mempunyai anak.
- 3) *Homoseksual* merupakan dua orang yang memiliki jenis kelamin yang sama tetapi hidup dalam satu rumah tangga.

4. Peran Keluarga

Menurut Yahya & Aszrul (2020) diantaranya :

- a. Peranan ayah

Peran ayah dalam keluarga, yaitu:

- 1) Pemimpin kepala keluarga
- 2) Mencari nafkah
- 3) Partner ibu
- 4) Melindungi keluarga
- 5) Memberi semangat
- 6) Pemberi perhatian
- 7) mengajar dan pendidik
- 8) Sebagai Imam
- 9) Menyediakan kebutuhan

- b. Peranan Ibu

Peran ibu dalam keluarga yaitu:

- 1) Pengasuh dan pendidik
- 2) Partner ayah
- 3) Manajer keluarga
- 4) Menteri keuangan keluarga
- 5) Memberikan tauladan

- 6) Psikologi keluarga
- 7) Perawat dan dokter keluarga
- 8) Penjaga bagi anak-anaknya.

c. Peranan Anak

Peran anak dalam keluarga, yaitu :

- 1) Memberikan kebahagiaan dan keceriaan disebuah rumah tangga.
- 2) Menjaga sikap diri dimanapun.
- 3) Sebagai perawat untuk kedua orang tua.

5. Struktur Keluarga

Menurut Widagdo & Resnayati (2019) struktur keluarga diantaranya :

a. Proses Komunikasi

Proses interaksi sebuah keluarga dapat bersifat saling terbuka dan saling jujur satu sama lain dan menyelesaikan masalah keluarga dengan bijak. Karakteristik komunikasi keluarga dimana yakin dalam mengemukakan pendapat, menyampaikan dengan jelas, selalu meminta dan menerima saran.

b. Struktur Peran

Peran terhadap perilaku dapat sesuai dengan sosial yang telah diberikan. Misalnya status seseorang di masyarakat yaitu seorang istri, suami atau anak.

c. Struktur Kekuatan

Kekuatan seseorang dapat mempengaruhi sebuah perilaku seseorang kearah yang baik dan benar.

d. Nilai-Nilai Keluarga

Nilai keluarga sebagai pedoman perilaku serta pedoman pengembangan norma dan peraturan.

C. Dukungan Keluarga

1. Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah tindakan pelayanan yang diberikan oleh keluarga, yang dapat berupa dukungan emosional seperti perhatian, kasih sayang, dan empati. Dukungan penghargaan, seperti penghormatan dan umpan balik, dukungan informasi seperti saran, nasihat, dan penyampaian informasi, serta dukungan instrumental seperti bantuan tenaga, finansial, dan waktu. (Alfarisi, 2021). Dukungan keluarga memiliki peran penting dalam membangun keseimbangan mental dan psikologis. Dalam menghadapi penderitaan fisik dan mental akibat penyakit serius, penderita umumnya cenderung mengalami rendahnya penerimaan diri, penurunan harga diri, perasaan putus asa, kebosanan, kecemasan, frustrasi, tekanan emosional, serta ketakutan akan kehilangan orang terdekat, terutama anggota keluarga. (Ridwan & Angga., 2022). Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor terpenting yang dapat memecahkan suatu masalah. Jika terdapat dukungan keluarga, seseorang akan percaya diri, sehingga dapat memotivasi untuk menghadapi masalah yang muncul. (Hanum & Lubis, 2017). Oleh karena itu, penting bagi keluarga untuk senantiasa memberikan perhatian, empati, dan dukungan

moral yang konsisten, sehingga dapat menjadi fondasi yang kuat dalam membantu pasien mencapai kesejahteraan fisik dan mental.

2. Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Berikut adalah jenis-jenis dukungan keluarga menurut (Hanum & Lubis, 2017).

a. Dukungan informasional

Keluarga berperan untuk pengumpul dan penyebar informasi tentang datangnya stressor disebabkan informasi yang memberikan nasihat spesifik kepada seseorang. Dalam dukungan terdapat klarifikasi dan pemberitahuan informasi.

b. Dukungan Emosional

Keluarga merupakan singgah yang dapat memberikan rasa yang damai serta nyaman untuk beristirahat, belajar, mengelola emosi, dan termasuk kasih sayang, kepercayaan, perhatian dan didengar ketika mengungkapkan perasaan.

c. Dukungan Instrumental

Sebagai sumber yang praktis dan spesifik, termasuk pengobatan secara teratur, kesehatan pasien berkaitan dengan kebutuhan diet, istirahat, dan menghindari kelelahan pasien. Misalnya keuangan, peralatan-peralatan, waktu, dan sebuah lingkungan yang bisa membantu saat pasien mengalami stress.

d. Dukungan Penghargaan

Sebagai umpan balik untuk memandu penyelesaian sebuah masalah, dengan mengungkapkan apresiasi dan berperan termasuk

memberikan penghargaan dan perhatian. Hal itu sangat diperlukan untuk mencapai proses penyembuhan.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Widiawati 2018 yaitu:

a. Faktor Internal

1) Tahap perkembangan

Dapat ditetapkan dari faktor umur, dalam tingkat umur, memiliki sebuah pemikiran dan perbedaan pendapat didalam perbaikan kesehatan.

2) Pendidikan

Didalam pendidikan terdiri dari kepercayaan individu variabel pemikiran dibagi menjadi, latar pendidikan pengetahuan, dan pengalaman di masa lampau.

3) Faktor Emosi

Dukungan dapat dipengaruhi kepercayaan oleh faktor emosional dan individu yang merasakan banyak seperti gejala pada saat sakit.

4) Spiritual

Spiritual bisa dilihat orang yang sedang menjalani hubungan teman dan keluarga terdekat,mampu mencari arti sebuah hidup.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik Keluarga

Usaha sebuah keluarga untuk mempertahankan kesehatannya, sesui penyakit yang dialami oleh anggota keluarga.

2) Faktor Sosial Ekonomi

Dapat memberikan resiko sebuah penyakit serta dapat mempengaruhi seseorang melakukan sesuatu yang tidak baik untuk penyakitnya.

3) Latar Belakang Budaya

Didalam budaya terdapat kepercayaan dan kebiasaan seseorang yang bisa mempengaruhi penilaian untuk kesehatan.

4. Peran Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU

Menurut Davidson (2017) peran penting anggota keluarga, diantaranya :

- a. Keluarga sebagai pengganti pembuat keputusan dari pasien
- b. Keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien
- c. Dukungan keluarga dapat meningkatkan perawatan pasien di ICU
- d. Pentingnya meningkatkan komunikasi dalam perawatan pasien di icu

5. Dampak Psikologis Keluarga yang Dirawat di ICU

Keluarga merupakan orang terdekat yang dapat memberi perhatian diantaranya, dapat memberi perhatian rasa cinta dan kehangatan. Dukungan keluarga merupakan hal penting untuk pemenuhan dalam kebutuhan psikososial pasien. Terdapat aturan yaitu jam kunjung icu yang sangat terbatas, sehingga pasien merasa dijauhkan dari keluarganya sendiri

dan dapat menjadi hambatan komunikasi antara pasien dengan keluarga, sehingga pasien akan mengalami perasaan cemas,takut,sedih dan frustasi. (Ningsih, 2017). Keluarga menjadi peran penting dalam proses penyembuhan, karena orang terdekat dapat menambah semangat untuk dapat sembuh.

D. Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu komponen penting dalam keperawatan, khususnya dalam menciptakan hubungan yang positif antara perawat dan pasien. Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai proses interaksi antara perawat dan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan emosional, psikologis, dan fisik pasien (Potter et al., 2020). Pendekatan ini melibatkan empati, perhatian, dan keterampilan interpersonal yang mendalam, sehingga pasien merasa didengar dan dimengerti. Pada praktiknya, komunikasi terapeutik memerlukan penguasaan beberapa teknik tertentu seperti mendengarkan secara aktif, memberikan umpan balik yang konstruktif, dan menggunakan bahasa tubuh yang mendukung. Teknik-teknik ini membantu menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mereka. (Kwame & Petrucca, 2021). Dengan demikian, komunikasi terapeutik tidak hanya berfungsi sebagai alat untuk menyampaikan informasi, tetapi juga

sebagai cara untuk membangun hubungan yang mendukung proses penyembuhan pasien.

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. (Djaelani & putra 2021). Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang terjalin dengan baik, komunikaatif dan bertujuan untuk menyembuhkan atau setidaknya dapat melegakan serta dapat membuat pasien merasa nyaman dan akhirnya mendapatkan kepuasan. (Agustin, 2020). Dengan demikian Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan *therapy*.

2. Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik menurut (F., Agustina, W., & Lumadi, S. A. 2022) yaitu:

- a. Menunjukkan penerimaan dimana perawat sebaiknya menghindarkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju.
- b. Mendengarkan dimana perawat mendengarkan dengan penuh perhatian terhadap apa yang disampaikan klien.
- c. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan di mana perawat bertanya untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien.
- d. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri di mana untuk memastikan pesannya dimengerti dan adanya komunikasi yang berlanjut.

- e. Klarifikasi di mana perawat melakukan persamaan pengertian.
- f. Memfokuskan di mana perawat membatasi bahan pembicaraan
- g. Menyampaikan hasil observasi di mana perawat menyampaikan hasil pengamatan pada pasien.
- h. Menawarkan informasi di mana perawat memberikan tambahan informasi pada klien.

3. Bentuk-bentuk Komunikasi Terapeutik

Bentuk-bentuk komunikasi terapeutik menurut (F., Agustina, W., & Lumadi, S. A. 2022)

a. 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 kalimat yang sederhana, memberikan penjelasan sebelum tindakan dan mengajukan pertanyaan tertutup.

b. Komunikasi Non Verbal

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. 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.

c. Komunikasi Tertulis

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

4. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Prinsip dasar komunikasi terapeutik menurut (Riana, 2021) adalah

a. Hubungan terapeutik perawat-pasien

Hubungan terapeutik antara perawat dan pasien merupakan hubungan yang saling menguntungkan antara kedua belah pihak untuk dapat menjalankan asuhan keperawatan secara optimal. Prinsip “*humanity of nurse and clients*” mendasari hubungan ini. kualitas hubungan ditentukan oleh bagaimana perawat dapat mendefinisikan dan memerankan dirinya serta klien sebagai sesama manusia.

b. Menghargai keunikan klien

Manusia adalah makhluk yang unik. Setiap individu memiliki respons yang berbeda terhadap satu stimulus yang sama. Hal ini mnejadikan perlunya seorang perawat memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.

c. Menjaga harga diri

Perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien dalam setiap melakukan asuhan keperawatan.

d. Hubungan saling percaya

Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya rasa saling percaya (*trust*) harus dibina sejak awal pertemuan karena hal ini akan menentukan komunikasi pada tahap berikutnya dalam proses keperawatan.

5. Tahap Komunikasi Terapeutik

Tahap Komunikasi Terapeutik menurut (F., Agustina, W., & Lumadi, S. A. 2022) yaitu:

a. Tahap pra-interaksi

Pada tahap pra-interaksi, perawat/dokter sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan klien atau pasien.

b. Tahap perkenalan atau tahap orientasi

Pada tahap ini antara petugas/dokter dan pasien terjadi kontak dan pada tahap ini penampilan fisik begitu penting karena dimensi fisik paling terbuka untuk diamati.

c. Tahap kerja atau sering disebut sebagai tahap lanjutan

Tahap kerja dilakukan untuk meningkatkan sikap penerimaan, satu sama lain untuk mengatasi kecemasan, melanjutkan pengkajian dan evaluasi masalah yang ada, pada tahap ini termasuk tahap persahabatan yang mengkehendaki agar kedua pihak agar harus merasa mempunyai kedudukan yang sama dalam artian keseimbangan dan kesejajaran kedudukan.

d. Tahapan terminasi

Pada tahap ini terjadi pengikatan antar pribadi yang lebih jauh, merupakan fase persiapan mental untuk membuat perencanaan tentang kesimpulan yang didapat dan mempertahankan batas hubungan yang ditentukan, yang diukur, antara lain mengantisipasi masalah yang akan timbul karena pada tahap ini merupakan tahap perisapan mental atas rencana pengobatan, melakukan peningkatan komunikasi untuk mengurangi ketergantungan pasien pada petugas/dokter.

6. Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Hambatan Komunikasi Terapeutik ada beberapa faktor, menurut (Riana, 2021) diantaranya sebagai berikut :

- a. Kecakapan komunikasi yang kurang tepat
- b. Ketepatan Sikap
- c. Pengetahuan yang kurang
- d. Pemahaman sistem sosial yang kurang
- e. Berprasangka yang tidak beralasan
- f. Berkommunikasi kurang lancar apabila jarak komunikator dengan responden jauh
- g. Kurangnya terhadap persamaan persepsi
- h. Rusaknya indera
- i. Berlebihan saat bicara
- j. Mendominir pembicaraan

E. Kecemasan

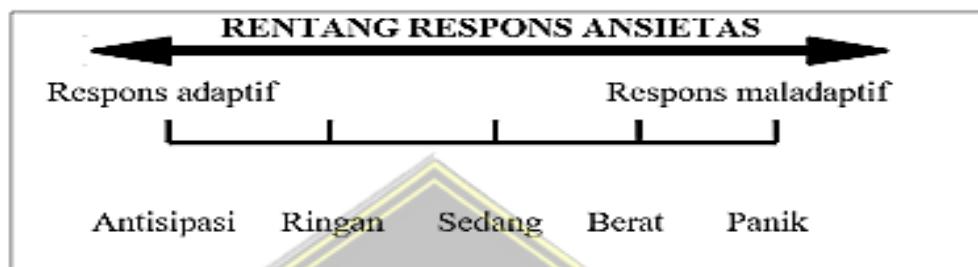
1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan adalah reaksi emosional yang muncul sebagai respons terhadap ancaman tertentu (Alini, 2020). Perasaan cemas merupakan hal yang normal dialami oleh setiap individu, karena pada saat merasa cemas, tubuh akan memberikan sinyal dan peringatan terhadap situasi yang dianggap berbahaya. Namun, apabila kecemasan yang normal ini berubah menjadi kecemasan yang berkelanjutan dan tidak dapat dikendalikan, hal tersebut dapat mengganggu berbagai aktivitas harian seseorang (Andri et al., 2021). Kecemasan yang dialami oleh pasien yang dirawat di ICU disebabkan oleh kekhawatiran pasien mengenai kondisinya. Dimana pasien merasa tidak berdaya sehingga berdampak pada proses penyembuhannya.

Menurut Maryani (2023), kecemasan merupakan kondisi kekhawatiran yang tidak spesifik dan meluas, yang sering kali terkait dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan. Kecemasan ditandai sebagai pengalaman emosional yang tidak nyaman, disertai kegelisahan, ketegangan, serta perubahan hemodinamik yang tidak normal akibat rangsangan sistem saraf simpatik, parasimpatik, dan endokrin. Cemas merupakan salah satu gangguan psikologis yang kerap ditemukan pada pasien yang dirawat di ruang intensif. Gangguan psikologis yang tidak terkelola dengan baik dapat memengaruhi proses pemulihan pasien selama masa perawatan di ruang intensif, dengan tingkat pengaruh mencapai 80%-90%. (Wayan et al., 2020). Kondisi

psikologis ini dapat memicu respon inflamasi dan perubahan hormonal tubuh yang menimbulkan berbagai gejala, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi kesehatan pasien.

2. Rentang Respon Ansietas



Gambar 2.1. Rentang Respon Ansietas

Sumber: (Stuart, & Beckett, 2021).

a. Respon Adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

b. Respon Maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme coping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping maladaptif mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

3. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan menurut (Muyasarah, 2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi, sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu : persepsi nya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

d. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik, yaitu tidak dapat focus pada suatu kejadian.

4. Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan adalah sebagai berikut, menurut (Kwame & Petrucci, 2021).

a. Faktor internal

1) Jenis kelamin

Kecemasan sering kali dialami oleh wanita daripada pria.

Peristiwa ini dapat dijelaskan karena perasaan perempuan dianggap lebih sensitif. Laki-laki lebih mempunyai tingkat pengetahuan dan wawasan lebih luas dibanding perempuan, karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar dan laki-laki lebih melihat suatu peristiwa secara global dan rasional, sedangkan sebagian besar perempuan hanya tinggal dirumah dan menjalani aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga dan perempuan cenderung melihat hidup atau peristiwa yang dialaminya dari segi detail.

2) Usia

Semakin meningkatnya usia seseorang maka semakin matang dan berpengalaman, walaupun usia bukanlah pedoman yang mutlak. Proses berpikir pada individu yang berumur dewasa lebih memungkinkannya untuk menggunakan mekanisme coping yang baik. Lebih sering pada usia dewasa akhir dan lebih banyak pada wanita, biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

3) Pengalaman pasien menjalani tindakan medis

Jika orang tersebut memiliki lebih sedikit atau lebih banyak pengalaman mendapatkan apa yang mereka inginkan, itu akan berdampak pada seberapa cemas mereka saat mengambil tindakan.

b. Faktor eksternal

1) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang tinggi menunjukkan responden lebih mampu menggunakan pemahaman mereka dalam merespon kecemasan yang dirasakan. Namun Seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah mudah mengalami kecemasan, karena tingkat pendidikan seseorang akan memengaruhi kemampuan dalam pemecahan masalah yang ada pada hidup orang tersebut.

2) Akses informasi

Pemberian informasi yang tepat akan membantu dalam perawatan pasien dan mengatasi kecemasan itu sendiri.

3) Komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. komunikasi yang terjalin baik akan menimbulkan kepercayaan sehingga terjadi hubungan yang lebih hangat dan mendalam. Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat dengan baik akan memberikan kepercayaan pada pasien yang dirawat.

4) Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman dan asing akan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien, kebijaksanaan dalam ruangan serta suasana ruangan itu sendiri dapat menjadi pementus terjadinya kecemasan bagi klien. Sehingga diperlukan adaptasi dengan cara yang berbeda dengan hasil proses adaptasi yang mereka alami sebelumnya.

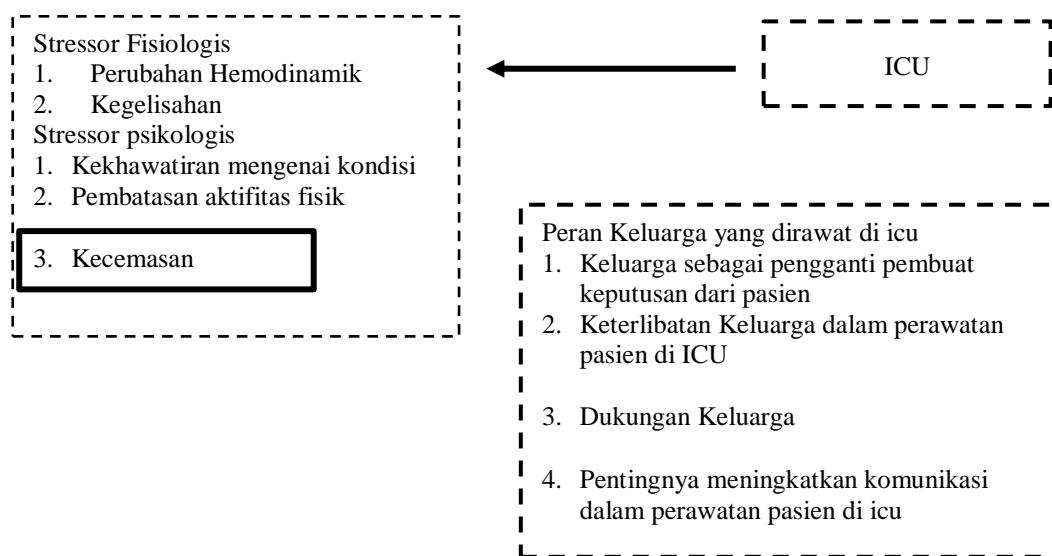
5) Fasilitas kesehatan

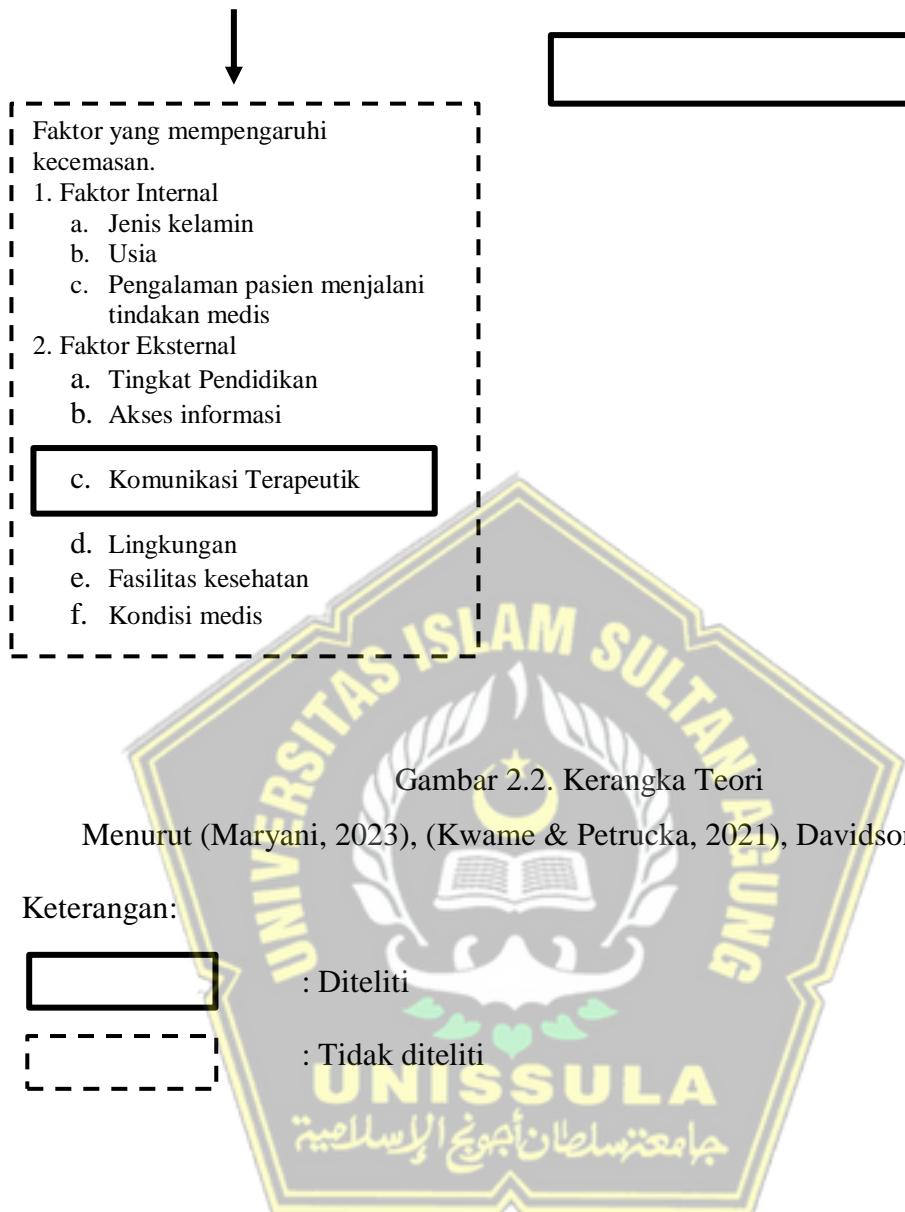
Alat-alat yang canggih dan rumit akan mempengaruhi kecemasan, dikarenakan alat-alat tersebut asing bagi pasien, karena pasien beranggapan bahwa pasien yang sakit serius bahkan mungkin sekarat, hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien mengenai kondisi penyakit yang diderita.

6) Kondisi medis

Munculnya gejala yang berhubungan dengan kecemasan Kondisi medis umum terjadi, tetapi ada berbagai jenis gangguan untuk masing-masingnya. Misalnya, pasien dapat menerima diagnosis yang lebih baik berdasarkan hasil pemeriksaan, yang dapat meningkatkan kecemasan mereka.

F. Kerangka Teori





G. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara atas sebuah pernyataan penelitian yang harus diuji kebenarannya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2018).

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini yaitu :

Ho : Tidak ada hubungan metode dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Ha : Ada hubungan metode dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.



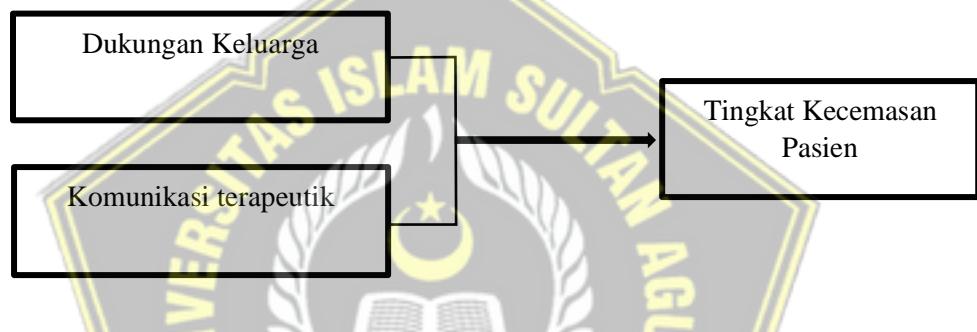
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah penjelasan singkat antar variabel yang sudah di rumuskan, setelah seseorang memahami semua teori serta membuat teori untuk digunakan sebagai dasar penelitian (Adiputra *et al.*, 2021).

Variabel Independen Variabel Dependen



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel merupakan salah satu unsur terpenting karena suatu proses pengumpulan fakta atau pengukuran yang dilakukan dengan baik, jika dirumuskan variabel penelitian dengan tegas. Proses perumusan variabel ini diawali dengan perumusan konsep tentang segala sesuatu yang menjadi sasaran suatu penelitian. Konsep yang dimaksud adalah istilah dan pengertian yang digunakan untuk menggambarkan secara abstrak mengenai kejadian dan keadaan suatu kelompok atau individu tertentu yang menjadi sasaran suatu penelitian penelitian(Nasution, 2017).

1. Variabel *Independen* ini bisa disebut dengan variabel bebas, karena variabel ini yang menjadi sebab perubahan pada variabel dependen atau terikat. Variabel ini dikenal sebagai variabel bebas, karena bebas mempengaruhi variabel yang lain (Hidayat, 2022). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik.
2. Variable *Dependen* disebut variabel terikat, dimana variabel ini merupakan variabel yang dipengaruhi variabel independen. Nilai variabel dependen bergantung pada besarnya nilai variabel independen (Frisca, 2022). Untuk variabel dependen didalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pasien.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan jenis penelitian analitik *korelatif*. Sedangkan desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *cross sectional* yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi (hubungan) antara variabel bebas dan variabel terikat dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu waktu. (Masturoh & Nauri, 2018).

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi pada penelitian

Populasi merupakan suatu kelompok yang akan diteliti yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik. (Nurrahmah et al., 2021).

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien di ruang ICU yang sadar, mampu berkomunikasi dan mendapatkan dukungan dari keluarga di RSI Sultan Agung Semarang. Jumlah populasinya adalah 71 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang memberikan informasi berupa data yang diperlukan untuk melakukan penelitian.(Nurhaedah, 2017).

Teknik sampling yang akan digunakan adalah purposive sampling dengan jenis *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik dimana dalam pengambilan sampel itu sama dengan jumlah populasi. Alasan untuk pengambilan total sampling dikarenakan dengan kurangnya jumlah populasi dengan jumlah 100 untuk dijadikan sampel pada penelitian (Nursalam, 2020).

Pada penelitian yang akan dilakukan terdapat kriteria sampel yang dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang menyebabkan subjek masuk dalam penelitian (Rosita, 2020). Pengambilan sampel yang memenuhi kriteria inklusi yaitu:

- 1) Pasien yang sadar dengan kesadaran komposmentis GCS 15 dan mampu berkomunikasi, serta kooperatif.
- 2) Pasien yang memiliki keluarga yang mendampingi selama perawatan.

- 3) Pasien dengan kondisi stabil (tidak dalam keadaan kritis yang membutuhkan ventilator atau sedasi total).

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi yaitu apabila suatu kriteria dapat terpenuhi maka akan menjadikan subjek tidak dapat masuk dalam suatu penelitian (Rosita, 2020).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien dengan gangguan komunikasi (misalnya afasia atau gangguan kognitif berat).
- 2) Pasien dengan diagnosis gangguan psikiatri sebelumnya yang memengaruhi kecemasan.
- 3) Pasien dengan gangguan kesadaran atau tidak kooperatif.

E. Waktu dan tempat penelitian

1. Tempat dan Waktu penelitian

Penelitian akan dilakukan di ruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Alasan mengapa memilih tempat penelitian tersebut adalah rumah sakit tersebut rumah sakit pendidikan yang mempunyai fasilitas dengan latar belakang tentang responden yang sama juga sebelumnya belum ada yang meneliti hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang icu.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2025.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu kegiatan peneliti untuk mengukur bagian variabel. Definisi operasional mempersempit bagian variabel untuk mencari apa yang bisa dilakukan seorang peneliti mengukur variabel (Hikmawati, 2020).

Definisi operasional pada variabel penelitian ini yaitu terdiri dari :

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Kategori Skor	Skala
Hubungan dukungan keluaraga	Dukungan keluarga adalah bentuk dukungan yang berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumental dan emosional.	Kuesioner dengan skala likert	Rendah =Apabila skor <30 Sedang =Apabila skor 30-44 Tinggi =Apabila skor >45	Ordinal
Komunikasi terapeutik	Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai proses interaksi antara perawat dan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan emosional, psikologis, dan fisik pasien	Kuesioner dengan skala likert	1.Baik =apabila skor >35 2. Cukup =apabila skor 25-34 3. Kurang =apabila skor <25	Ordinal
Kecemasan Pasien di Ruang Icu	Kecemasan merupakan kondisi kekhawatiran yang tidak spesifik dan meluas, yang sering kali terkait dengan perasaan ketidakpastian dan ketidakberdayaan	Kuesioner Zung Self Rating Anxiety scale	1.Skor 75-80:Berat 2.Skor 60-74:Sedang 3.Skor 45-59:Ringan 4.Skor 20-44:Normal	Ordinal

G. Instrumen/Alat Pengumpul Data

1. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat pengumpul data yang dapat dilakukan untuk mengukur pada fenomena alam ataupun fenomena sosial yang sedang diamati guna untuk mengetahui informasi secara jelas pada suatu masalah pada fenomena alam ataupun fenomena sosial (Tam, 2017). Instrumen yang digunakan dalam instrument ini adalah angket dan hasil tes sebagai berikut:

a. Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner yang dipergunakan dalam melakukan pengukuran variabel dukungan keluarga berisikan sejumlah pertanyaan yang disusun oleh penelitian Liandi (2011) yang dimodifikasi oleh peneliti (Nurwulan, 2017). Isi dari pertanyaan questioner ini dengan sifat tertutup dan jawaban telah ditetapkan, maka responden tidak memiliki peluang dalam memberi jawaban lainnya. Kuesioner akan diberi kepada responden yang di rawat di ruang ICU. Kuesioner ini akan diberi di waktu bersamaan dengan kuesioner tingkat kecemasan.

Dari jumlah keseluruhan yaitu 15 pertanyaan menggunakan alternatif jawabannya.

1) Pertanyaan yang positif

Selalu : 4

Sering : 3

Jarang : 2

Tidak Pernah : 1

2) Pertanyaan yang negative

Selalu : 1

Sering : 2

Jarang : 3

Tidak Pernah : 4

b. Kuesioner Komunikasi Terapeutik

Kuesioner komunikasi terapeutik perawat pada pasien diambil berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Berril Khalif. Terdapat lima belas pernyataan dengan tujuan mengetahui bagaimanakah perilaku perawat ketika melakukan komunikasi dengan pasien. Ada 3 fase yakni fase orientasi mencakup lima pernyataan tertutup, fase kerja yang terdiri dari lima pernyataan tertutup beserta fase terminasi mencakup lima pernyataan tertutup dan jenis pernyataannya (sering), (terkadang), (tidak). Tiap kategori pernyataan dengan jawaban sering diberikan nilai tiga, terkadang diberikan nilai dua sedangkan tidak diberikan nilai satu. Nilai paling tinggi yang didapatkan merupakan empat puluh lima sedangkan paling rendah yaitu lima belas. Skala ukur yang dipergunakan pada variabel ini merupakan skala ordinal. Batas skor setiap kategori yaitu:

- 1) Baik : apabila skor > 45
- 2) Cukup Baik : apabila skor $25 - 34$
- 3) Kurang Baik : apabila skor < 25

c. Kuesioner Kecemasan

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Zung Self Rating Anxiety Scale* (SAS/ZRAS). Validitas dan reabilitas dari kuesioner ini telah dievaluasi oleh Zung dan hasilnya baik. Kuesioner ini mengandung dua puluh pertanyaan, berisikan lima belas pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan lima pertanyaan kearah penurunan kecemasan.

Kategori pengukuran kecemasan menurut *Zung Self Rating Anxiety scale* adalah sebagai berikut:

- 1) Skor 75-80 : Berat
- 2) Skor 60-74 : Sedang
- 3) Skor 45-59 : Ringan
- 4) Skor 20-44 : Normal

2. Uji Instrumen Penelitian

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu tingkat untuk mengetahui kemampuan sebuah alat dipakai untuk mengukur di dalam sebuah penelitian (Sudarma *et al* , 2021). Kevalidan dari alat ukur dinilai bila dapat mengukur suatu hal yang diharapkan dan bisa menggambarkan data melalui variabel yang diteliti dengan tepat. Besar kecilnya validitas instrumen membuktikan seberapa jauh data yang dikumpulkan tidak mengalami penyimpangan dari deskripsi validitas yang dimaksud.

- 1) Untuk kuestioner kecemasan peneliti tidak melakukan uji validitas lagi. Penulis mempergunakan kuetsioner SAS/SRAS kuestioner yang diadopsi adalah kuestioner yang baku dan dijadikan untuk alat ukur kecemasan yang reliabel dan valid. Dengan nilai validitas yang paling rendah 0,663 sedangkan paling tinggi yaitu 0,918.
 - 2) Untuk uji validitas kuesioner dukungan keluarga, uji coba instrumen penelitian dukungan keluarga yang sudah dilaksanakan, penulis mendapatkan data melalui lima belas responden dengan hasil uji coba validitas yakni total enam belas butir pernyataan didapatkan empat belas pernyataan valid dan dua pernyataan yang tidak valid. Maka r tabel pada uji validitas ini sebanyak 0,514.
 - 3) Untuk pengujian Validitas kuesioner komunikasi terapeutik sudah dilakukan di RS Cibitung medika pada bulan Mei dengan jumlah 27 orang dengan nilai $r \geq 0,05$, sehingga butir pertanyaan itu adalah valid.
- b. Uji Reliabilitas
- Uji reliabilitas adalah sebuah ukuran yang bisa menunjukkan bahwa alat ukur tersebut bisa diandalkan (Sudarma *et al*, 2021). Suatu alat ukur dinyatakan reliabel bila instrumen yang dipergunakan tersebut menunjukkan hasil yang tetap. Instrumen yang reliabel menciptakan data yang dipercaya. Jika diperoleh nilai alpha cronbach melebihi konstanta ($>0,6$) maka pertanyaan dikatakan reliabel.

- 1) Untuk kuestioner kecemasan peneliti tidak melakukan pengujian reliabilitas lagi. SAS/SRAS digunakan peneliti sebagai alat ukur kuestioner yang baku atau menjadi instrumen kecemasan yang valid serta reliabel. Hasil uji reliabilitasnya diperoleh nilai alpha sebesar 0,829 (Yanti, 2021).
- 2) Untuk kuesioner dukungan keluarga diperoleh hasil reliabilitas 0,757 sehingga bisa diambil kesimpulan uji reliabilitas kuesioner dukungan keluarga termasuk interpretasi dalam reliabilitas tinggi.(Mariati et al,2022).
- 3) Untuk uji reliabilitas kuesioner komunikasi terpiutik dilaksanakan sesudah uji validitas, yang mana uji reliabilitas mempergunakan rumus cronbach alpha. Hasil uji didapatkan nilai alpha sebanyak 0,820 maka bisa diambil kesimpulan ke 15 butir pertanyaan dikatakan reliabel dan valid, dan bisa dipergunakan untuk instrumen penelitian.

H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data merupakan teknik yang dilakukan untuk mengumpulkan data. Di dalam penelitian ini adalah observasi,wawancara singkat dan responden mengisi kuesioner (nur wulan, 2017).

1. Data primer

Data primer dalam penelitian ini merupakan hasil perhitungan dari hubungan dukungan keluarga,komunikasi terapeutik dan penilaian kuesioner tingkat kecemasan serta data karakteristik responden.

2. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini berupa data tentang jumlah prevalensi pasien ICU di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Langkah-langkah pengumpulan data yaitu :

- a. Mendapatkan surat hasil yang menyatakan bahwa proposal sudah lolos dari etik penelitian di Rumah sakit islam sultan agung semarang.
- b. Mengajukan ijin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- c. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari Direktur Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, peneliti akan menemui kepala ruang ICU untuk berkoordinasi mengenai pengambilan data penelitian.
- d. Peneliti memberitahukan kepada calon responden yang sudah menjalani perawatan di ruang ICU.
- e. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada calon responden. Jika calon responden bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian, maka harus menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) untuk menjadi responden.
- f. Peneliti akan membagikan kuesioner kepada responden, lalu responden, dijelaskan tentang cara pengisian kuesioner penelitian. Selama proses pengisian kuesioner, lalu didampingi oleh peneliti dan responden diharapkan mengisi kuesioner dengan benar

- g. Kuesioner yang sudah diisi akan dikumpulkan kemudian diperiksa kelengkapannya dan dilakukan analisa oleh peneliti.

I. Analisis Pengolahan Data

1. Pengolahan Data

a. *Editing*

Mengedit data dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi kelengkapan, konsistensi dan kesesuaian antara kriteria data yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan penelitian.

b. *Coding*

Coding pemberian kode sangat diperlukan terutama dalam rangka mengubah data, baik secara manual, menggunakan kalkulator atau computer.

c. *Tabulasi Data*

Tabulasi Data atau memasukkan data ke dalam table-table yang telah disediakan, baik tabel untuk data mentah maupun tabel kerja untuk menghitung data tertentu secara statistik.

d. *Cleaning*

Cleaning adalah membersihkan data yang digunakan untuk membersihkan data yang salah.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan proses mencari data menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil kuesioner dan observasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori menjabarkan ke dalam unit-unit melakukan sintesis (Nursalam, 2016).

a. Analisa Univariat

Analisa univariat yaitu suatu proses yang menganalisis setiap variable penelitian yang pada umumnya hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari setiap variabel (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini menjelaskan atau mendeskripsikan responden dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang icu.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Tippireddy and Ghatol, 2022). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan uji *spearman* karena data berskala ordinal (kategorik) dan ordinal (kategorik).

Pada penelitian ini, untuk mengetahui keterkaitan antara dua hubungan variabel dilakukan uji dengan program komputer.

- 1) Apabila $p\ value < 0,05$, maka kesimpulannya H_a diterima dan H_0 ditolak sehingga ada hubungan antar variabel.
- 2) Apabila $p\ value > 0,05$, maka kesimpulannya H_a ditolak dan H_0 diterima sehingga tidak ada hubungan antar variabel.

J. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah masalah yang sangat penting sebab dalam penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Maka etika penelitian harus diperhatikan. Adapun etika penelitian saat pengambilan data yang dilakukan sebagai berikut:

1. *Informant Consent* (Lembar Persetujuan)

Informant Consent dilakukan sebelum peneliti menyampaikan kuisioner. Peneliti meminta izin pada responden sesudah menyebutkan perihal maksud dan tujuan asal penelitian yang dilakukan peneliti. Setelah responden bersedia maka peneliti akan meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan yang sudah disiapkan kemuadian peneliti akan menyampaikan kuesioner.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, cukup menyampaikan nomer atau inisial data dari responden di masing-masing lembar pertanyaan guna menjaga kerahasiaan responden. Dilakukan menggunakan tujuan menyampaikan jaminan di subjek penelitian.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga data yang berasal dari responden serta jawaban asal responden atas pertanyaan yang diajukan atau yang telah dikumpulkan menggunakan cara tidak mempublikasikan pada pihak-pihak yang tidak berkepentingan dengan memusnahkannya setelah penelitian terselesaikan menggunakan cara dibakar atau ditimbun.

4. *Justice* (keadilan)

Peneliti memberi kesempatan yang sama bagi responden yang memenuhi kriteria untuk berpartisipasi pada penelitian ini. Peneliti berlaku adil pada seluruh responden penelitian tanpa membedakan satu sama lain.

5. *Beneficiancy* (manfaat)

Peneliti memberikan informasi dengan baik bagi responden dalam peningkatan manfaat oleh diri dan orang lain. Peneliti akan memberikan informasi mengenai bagaimana hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang icu.

6. *Non-maleficiency* (keamanan)

Peneliti menjelaskan bahwa penelitian ini yang digunakan responden tidak akan membahayakan bagi status kesehatan responden karena peneliti tidak melakukan perlakuan yang mengakibatkan fatal. Apabila penelitian yang dilakukan berpotensi menyebabkan gangguan atau ketidaknyamanan bagi responden maka diperkenankan buat mengundurkan diri dari penelitian.

7. *Veracity* (kejujuran)

Veracity merupakan kejujuran peneliti pada responden yaitu dengan menjelaskan terkait dengan penelitian yang dilakukan serta berhubungan dengan aspek responden untuk memperoleh informasi yang jelas dari peneliti.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik terhadap tingkat kecemasan pasien diruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Uraian hasil penelitian meliputi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dukungan keluarga, komunikasi terapeutik dan kecemasan pasien.

A. Hasil Analisa Univariat

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia Di RSI Sultan Agung Semarang

Usia	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Dewasa awal (26-35 tahun)	11	15,5
Dewasa akhir (36-45 tahun)	17	23,9
Lansia awal (46-55 tahun)	26	36,6
Lansia akhir (56-65 tahun)	16	22,5
Manula (>65 tahun)	1	1,4
Total	71	100

Berdasarkan tabel 4.1 diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yang paling banyak merupakan kelompok lansia awal yakni 26 individu (36,6%), sedangkan paling sedikit manula dengan jumlah 1 orang (1,4%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rsi Sultan Agung Semarang

Jenis	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Perempuan	25	35,2
Laki-laki	46	64,8
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.2 didapatkan hasil bahwa responden terbanyak dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 46 individu (64,8 %) sementara perempuan 25 (35,2%) .

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di RSI Sultan Agung Semarang

Tingkat pendidikan	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
SD	14	19,7
SMP	16	22,5
SMA	32	45,1
PT	9	12,7
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.3 didapatkan bahwa responden paling banyak dengan pendidikan SMA sejumlah 32 individu (45,1%), sedangkan paling sedikit berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 9 orang (12,7).

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di RSI Sultan Agung Semarang

Pekerjaan	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Tidak Bekerja	14	19,7
Bekerja	57	80,3
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.4 diperoleh responden terbanyak adalah bekerja sebanyak 57 orang (80,3%), sedangkan paling sedikit tidak bekerja sebanyak 14 orang (19,7%).

5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di RSI Sultan Agung Semarang

Dukungan keluarga	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Rendah	0	0
Sedang	18	25,4
Tinggi	53	74,6
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.5 didapatkan bahwa responden terbanyak dengan dukungan keluarga tinggi sejumlah 53 orang (74,6%), sedangkan paling sedikit dengan dukungan keluarga sedang 18 orang (25,4%).

6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Komunikasi Terapeutik.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan komunikasi Terapiutik di RSI Sultan Agung Semarang

Komunikasi terapiutik	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Kurang	0	0,0
Cukup	7	9,9
Baik	64	90,1
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.6 diperoleh bahwasanya responden paling banyak yang memiliki komuniaksi terapiutik baik sebanyak 64 orang (90,1%), sedangkan paling sedikit dengan komunikasi terapiutik cukup sebanyak 7 orang (9,9%).

7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Pasien

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan Pasien di RSI Sultan Agung Semarang

Kecemasan Pasien	Frekuensi (F)	Presentasi (%)
Normal	13	18,3
Kecemasan Ringan	42	59,2
Kecemasan Sedang	16	22,5
Kecemasan Berat	0	0,0
Total	71	100

Berlandaskan tabel 4.7 diperoleh bahwas responden sebagian banyak dengan kecemasan ringan sebanyak 42 orang (59,2%), sedangkan paling sedikit dengan kecemasan normal sejumlah 13 orang (18,3%)

B. Hasil Analisa Bivariat

Pada bagian ini menganalisa hubungan dengan kecemasan pasien yang dirawat di ruang icu rsi sultan agung semarang. Guna menilai hubungan usia,jenis kelamin,tingkat pendidikan,pekerjaan,dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik merupakan variabel independent dan kecemasan merupakan variabel dependen. Uji statistika menggunakan olah komputer memakai rumus *spearman*,dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$.,dukungan keluarga dan komunikasi terapeutik dengan kecemasan dinyatakan memiliki hubungan bermakna jika $p < 0,05$.Uji *spearman* digunakan dalam penelitian ini karena data yang diperoleh bersifat ordinal dan tidak terdistribusi normal. Uji *spearman* merupakan salah satu uji non parametrik yang sesuai untuk mengetahui hubungan antara dua variabel ordinal atau data yang tidak memenuhi asumsi parametrik. (sugiyono, 2018).

1. Hasil Analisa Bivariat Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Yang Dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Tabel 4.8 Analisa Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien di ICU.

Dukungan keluarga	Kategori kecemasan						Total	r	p
	Normal		Ringan		Sedang				
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	
Rendah	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sedang	3	4,2	7	9,9	8	11,3	18	25,4	0,379 0,001
Tinggi	10	14,1	35	49,3	8	11,3	53	74,6	
Total	13	18,3	42	59,2	16	22,5	71	100	

Tabel 4.8. membuktikan berdasarkan uji *spearman's rho* $\alpha (0,05)$ diperoleh nilai $p = 0,001$ yang menunjukkan $p < 0,05$ memperlihatkan korelasi diantara dukungan keluarga dan kecemasan bermakna. Nilai

koefisien korelasi (*r*) dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kekuatan dan arah hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien yang di rawat di ruang ICU. Dalam konteks ini ,nilai *r* yang diperoleh dengan uji *spearman* sebesar (0,379) yang memperlihatkan adanya positif dengan kekuatan hubungan sedang antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien. Hal ini berarti terdapat hubungn yang bermakna. Responden dengan dukungan keluarga yang rendah memiliki kecemasan yang lebih besar daripada responden dengan dukungan keluarga tinggi.

2. Hasil analisa bivariat hubungan komunikasi terapiutik dengan kecemasan pasien diruang icu Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Tabel 4.9 Analisa hubungan antara komunikasi terapiutik dengan kecemasan pasien di ruang ICU

Komunitasi terapiutik	Kategori kecemasan						total	<i>r</i>	<i>p</i>
	Normal	Ringan	Sedang	\sum	%	\sum	%		
Cukup	1	1,4	4	5,6	2	2,8	7	9,9	
Baik	12	16,9	38	53,5	14	19,7	64	90,1	0,323 0,006
Total	13	18,3	42	59,2	16	22,5	71	100	

Tabel 4.9 membuktikan berdasar koefisiensi korelasi *spearman*'s *rho* (0,05) didapatkan nilai *P* = 0,006 menunjukkan signifikansi hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan pasien. Karena nilai *P* < 0,05 menunjukkan bahwa korelasi antara komunikasi terapiutik dan kecemasan bermakna. Nilai koefisien korelasi (*r*) sebanyak (0,323) menunjukkan adanya hubungan positif dengan kekuatan sedang antara komunikasi terapiutik dan kecemasan pasien. Responden dengan

komunikasi terapiutik yang kurang, memiliki kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan komunikasi terapiutik baik.





BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengantar Bab Pembahasan Hasil Penelitian

Berlandaskan bab ini disampaikan mengenai Hubungan Dukungan Keluarga Dan Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Di Ruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

B. Interpretasi Dan Diskusi Hasil

Sesuai hasil penelitian yang sudah dilaksanakan dengan berdasarkan teori yang telah tersedia maka bisa disampaikan bahwa:

1. Hasil Analisa Univariat

Karakteristik yang diambil peneliti pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

a. Usia

Hasil analisa menunjukkan bahwa kelompok usia yang paling dominan adalah lansia awal, dengan persentase sebesar 36,6%.

Dominasi kelompok lansia awal sebagai responden dalam penelitian ini dapat berkaitan erat dengan meningkatnya risiko kecemasan pada usia lanjut, terutama ketika harus menjalani perawatan intensif seperti di ruang ICU. Individu dalam kelompok usia ini mulai mengalami berbagai perubahan fisiologis, psikologis, dan sosial yang membuat mereka lebih rentan terhadap stres dan kecemasan, terlebih lagi ketika menghadapi kondisi akut atau kronis yang

memerlukan perawatan intensif (Yosep & Hikmat, 2020; Potter & Perry, 2017).

Menurut Yosep dan Hikmat (2020), lansia mengalami penurunan kapasitas adaptasi terhadap stres akibat menurunnya fungsi organ dan adanya perubahan psikososial, seperti kehilangan peran atau isolasi sosial. Sementara itu, Potter dan Perry (2017) menyatakan bahwa kondisi ICU dapat memperburuk kecemasan karena lingkungan yang penuh alat medis, keterbatasan komunikasi, serta ketidakpastian mengenai kondisi kesehatan pasien.

Usia berkaitan erat dengan proses kematangan berpikir seseorang, semakin cukup usia seorang individu maka tingkat kedewasaan akan semakin meningkat baik dalam proses berpikir atau bekerja. Seorang individu yang telah dewasa akan menggunakan pola pikir yang efektif, berpikir rasional dalam menyelesaikan masalahnya. (Heriani & Maharani Gandi, 2022).

b. Jenis Kelamin

Perbedaan diantara perempuan dengan laki-laki yang terjadi sejak lahir disebut jenis kelamin. Ciri- ciri seksual yang kita kenal dengan perempuan dan lelaki disebut jenis kelamin (Nafdianto & Armiyadi, 2016). Dalam membedakan perempuan dengan laki-laki berdasar segi anatomi biologis biasanya digunakan dengan istilah jenis kelamin. Sedangkan pembedaan dalam aspek budaya, sosial,

dan aspek non biologis yang lain sering kita kenal dengan nama gender.

Hasil penelitian yang sudah dilaksanakan diperoleh bahwasanya responden dengan jenis kelamin perempuan sejumlah 25 orang dengan presentasi (35,2%), responden laki-laki sebanyak 46 orang dengan presentasi (64.8%). Mayoritas pasien yang dirawat diruang ICU adalah pasien laki-laki.

c. Tingkat Pendidikan

Tindakan yang dilakukan secara sadar dan terprogram yang bertujuan untuk menciptakan proses pembelajaran disebut dengan pendidikan. Peserta didik disini diharapkan dapat secara aktif mengembangkan kemampuan yang ada di dalam dirinya baik dalam kemampuan keagamaan, kepribadian, pengendalian diri, kecerdasan akhlak mulia dan ketrampilan yang dibutuhkan diri, bangsa, negara, masyarakat (UU RI Nomor 20 Tahun 2003 terkait Sistem Pendidikan Nasional, pasal 1).

Hasil penelitian dilakukan membuktikan bahwasanya responden dengan pendidikan SD sejumlah 14 individu, presentasi (19.7 %), responden pendidikan SMP sejumlah 16 individu, presentasi (22,5 %), responden pendidikan SMA sejumlah 32 individu, presentasi (45,1%) responden pendidikan perguruan tinggi sejumlah 9 individu presentasi (12,7%). Mayoritas pasien dalam penelitian tersebut adalah dengan tingkat pendidikan SMA. Tingkat

pendidikan individu berpengaruh terhadap tingkat kecemasan seseorang. Individu yang berpendidikan tinggi akan berpikir secara rasional mudah dalam menangkap informasi sehingga mudah dalam menyelesaikan setiap masalah yang muncul.

d. Pekerjaan

Suatu hubungan timbal balik yang terjadi antara perusahaan dengan para pekerja disebut dengan pekerjaan. Upah atau imbalan akan didapatkan seseorang yang bekerja. Tujuan manusia bekerja adalah untuk mencukupi setiap kebutuhan hidupnya baik kebutuhan pokok maupun sekunder seperti pakaian, sandang, papan, serta pendidikan tinggi, kendaraan, alat hiburan dan sebagainya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa pekerjaan mempengaruhi tingkat kecemasan pasien yang di rawat di ruang ICU (Handayani & Sari, 2020). Dari hasil analisa univariat menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja sebanyak 14 orang presentasi (19,7%), sedangkan responden yang bekerja sebanyak 57 orang, presentasi (80,3%). Di rumah sakit islam sultan agung semarang.

2. Hasil Analisa Bivariat

Hasil analisa bivariat hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan, hubungan komunikasi terapiutik dengan kecemasan.

a. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien

Dari hasil uji *spearman's rho* α (0,05) diperoleh nilai $P = 0,001$ yang menunjukkan $P < 0,05$ menunjukkan bahwa korelasi antara dukungan keluarga dan kecemasan bermakna. Nilai koefisien korelasi (r) dengan uji *spearman* sebesar (0,379) yang menunjukkan adanya korelasi hubungan positif dengan kekuatan sedang antara dukungan keluarga dan kecemasan pasien. Responden dengan dukungan keluarga yang rendah memiliki kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan dukungan keluarga tinggi.

Dukungan keluarga menjadi salah satu sumber dukungan bagi anggota keluarga yang sedang sakit. Menurut Nurhayati & Fibriana,(2019). dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada pasien berupa dukungan informasional berupa nasihat, saran dan dukungan jasmani maupun rohani diwujudkan dalam bentuk sikap, kepercayaan, motivasi kepada pasien yang di rawat di ruang ICU Dukungan keluarga merupakan unsur penyangga yang sangat penting dan faktor yang paling dominan menentukan kecemasan seorang pasien dikarenakan dalam kehidupan seseorang dukungan keluargalah yang dapat menahan efek negatif dan stress terhadap kesehatan. Ini merupakan faktor terpenting terhadap seseorang terutama berpengaruh terhadap kecemasan pasien. Dengan adanya dukungan keluarga yang adekuat terbukti dapat menurunkan angka

kejadian kematian, lebih cepat sembuh dari sakit baik kesehatan fisik maupun kesehatan emosi, menurunkan tingkat kecemasan pasien.

Hal ini didukung penelitian (Saragih & Yulia, 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 pasien cemas sebanyak 15 responden (60%). Hal ini sesuai dengan tinjauan pustaka, bahwa beberapa faktor lingkungan ICU yang menjadi faktor pasien cemas adalah adanya peralatan yang terpasang ditubuh pasien, kurangnya kunjungan, suara bising alat-alat mesin.

Dari hasil pengamatan dan wawancara saat dilakukan pengambilan data adalah bahwa hampir sebagian besar responden yang didampingi keluarga dan keluarganya ikut andil dalam pengisian data, responden cenderung terlihat lebih tenang dan lebih santai dibandingkan dengan responden yang datang dengan keluarga tapi keluarganya hanya sekedar mengantar atau responden yang datang tetapi tidak di temani keluarga pasien.

b. Hubungan Komunikasi Terapiutik Dengan Kecemasan Pasien

Dari hasil analisa bivariat dengan uji koefisiensi *spearman's rho* α (0,05) diperoleh nilai $P = 0,006$ yang menunjukkan $P < 0,05$ menunjukkan bahwa korelasi antara komunikasi terapiutik dan kecemasan bermakna. Nilai koefisien korelasi (r) dengan uji

spearman sebesar (0,323) yang menunjukkan adanya korelasi hubungan positif dengan kekuatan sedang antara komunikasi terapiutik dan kecemasan pasien, responden dengan komunikasi terapiutik yang kurang memiliki kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dengan komunikasi terapiutik baik. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan antara komunikasi terapiutik dengan kecemasan pasien yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Mamahit et all (2019) dan molintao (2019) disebutkan bahwa komunikasi terapiutik berpengaruh dengan tingkat kecemasan pasien. Komunikasi terapiutik yang baik yang dilakukan oleh perawat akan menurunkan tingkat kecemasan pasien tetapi sebaliknya semakin buruk komunikasi terapiutik yang dilakukan seorang perawat maka kecemasan yang dialami pasien akan meningkat. Penyampaian pesan yang diberikan seorang pasien terhadap perawat sangat dibutuhkan oleh pasien karena dengan penjelasan yang diberikan oleh perawat akan membuat pasien merasa nyaman dan merasa diperhatikan yang pada akhirnya membuat pasien paham akan tindakan yang akan dilakukan. Ketika komunikasi antara seorang perawat dengan seorang pasien dilakukan dengan baik maka masalah yang dialami oleh pasien akan mudah teratasi karena komunikasi terpiutik bertujuan untuk mengurangi kecemasan pasien.

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, 2018).

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini sudah dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah dirancang, namun terdapat beberapa keterbatasan dalam pelaksanaannya. Meskipun sampel yang diambil adalah pasien yang berada dalam kondisi sadar, beberapa responden mengalami kelemahan fisik, kelelahan akibat prosedur medis, atau ketidakmampuan motorik halus, sehingga tidak memungkinkan mereka untuk mengisi kuesioner secara mandiri.

Dalam kondisi tersebut, peneliti meminta bantuan kepada anggota keluarga yang mendampingi pasien untuk membantu mengisikan kuesioner berdasarkan jawaban yang langsung disampaikan oleh pasien.

Selain itu, keterbatasan lain dalam penelitian ini adalah bahwa penilaian tingkat kecemasan hanya menggunakan data subjektif, yaitu melalui kuesioner, dan belum dilengkapi dengan data objektif yang dapat memperkuat hasil, seperti pengukuran tanda-tanda vital yang relevan, misalnya frekuensi denyut nadi, tekanan darah, atau frekuensi napas, yang secara fisiologis juga dapat mencerminkan kondisi kecemasan.

Ketidakhadiran data objektif ini membatasi kemampuan peneliti untuk membandingkan atau mengonfirmasi hasil kuesioner dengan indikator klinis.

D. Impliksi untuk keperawatan

Implikasi yang diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat digunakan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, terutama pada pasien yang di rawat di ruang ICU, sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa:

1. Pasien yang dirawat di ruang ICU memiliki karakteristik demografis yang beragam, namun didominasi oleh kelompok usia dewasa akhir, laki-laki, lulusan SMA, dan responden yang masih bekerja.
2. Dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kecemasan pasien di ruang ICU, di mana semakin tinggi dukungan keluarga, semakin rendah tingkat kecemasan yang dirasakan pasien.
3. Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan juga menunjukkan hubungan yang bermakna dengan penurunan tingkat kecemasan pasien, menunjukkan pentingnya pendekatan komunikasi yang empatik dan profesional dalam perawatan intensif.

B. Saran

Setelah selesai dilakukan penelitian kami akan menyampaikan beberapa saran yang terkait dengan hubungan dukungan keluarga dan komunikasi terapiutik terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang ICU rsi sultan agung semarang.

1. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini bisa bermanfaat sebagai sumber data ilmiah untuk bahan diskusi, memperluas pengetahuan, dan dapat berguna sebagai sumber informasi serta pemahaman profesi keperawatan yang berkaitan dengan gambaran dukungan keluarga pada pasien yang dirawat diruang ICU.

2. Bagi keluarga pasien / masyarakat

Bagi keluarga pasien disarankan untuk lebih dapat meningkatkan dukungan keluarga dengan baik, terhadap pasien yang di rawat di ruang ICU.

3. Bagi perawat di ruang ICU

Sebagai perawat disarankan memberikan informasi yang jelas secara berkala tentang keadaan pasien, sehingga pasien tidak merasakan khawatir atau cemas.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya, dapat menambah wawasan ilmiah serta informasi tentang dukungan yang diberikan keluarga dan komunikasi terapeutik untuk pasien yang sedang dalam perawatan diruang ICU.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Wahyu Rima. 2020. "Hubungan Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Koma Di Ruang Intensif." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*.
- Brown, P., Taylor, L., & Clarke, D. (2019). Advances in ICU Technology. *Journal of Medical Equipment Research*, 15(4), 245–260.
- C.Y.Korompis, R., P.K.Lengkong, V., & Walangitan, M. D. (2017). Pengaruh Sikap Kerja Dan Kompetensi Terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. Bank Negara Indonesia (Persero) Cabang Manado. *Jurnal EMBA: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis Dan Akuntansi*, 5(2), 1241.
- Dharma, K. K. (2019). Metodologi Penelitian Keperawatan. CV. *Trans Info Media*.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., et al. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 44(6), 943–955. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-1>
- Heriani, N., & Gandi, C. M. (2022). Korelasi Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien ICU. *Journal of Nursing Invention*, 3(2), 139–150. <https://doi.org/https://doi.org/10.33859/jni.v3i2.285>
- Handayani, R., & Sari, D. (2020). **Hubungan antara status pekerjaan dengan tingkat kecemasan pasien di ruang perawatan intensif.** *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 23(2), 115–121. <https://doi.org/10.33369/jki.23.2.115>
- Johnson, B., Roberts, T., & Lee, H. (2020). Managing Acute Critical Illness: A Multidisciplinary Approach. *Critical Care Medicine*, 48(5), 812–819.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Laporan statistik penyakit infeksi dan noninfeksi di Indonesia tahun 2021.* <https://www.kemenkes.go.id>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Laporan statistik penyakit infeksi dan noninfeksi di Indonesia tahun 2021.* <https://www.kemenkes.go.id>
- Kristiano, Y. E., Kosasih, C. E., & Nuraeni, A. (2022). Intervensi Untuk Menurunkan Kecemasan Keluarga Yang Mendampingi Pasien Kritis Di Intensive Care Unit : Literature Review. *Citra Delima : Jurnal Ilmiah*

STIKES Citra Delima Bangka Belitung, 6(1), 40–53.
<https://doi.org/10.33862/citradelima.v6i1.279>

Kusuma, S. (2021). ICU capacity and patient care in Indonesian hospitals. *Indonesian Journal of Health Policy*, 14(1), 45-52

Kusuma, S. (2021). ICU capacity and patient care in Indonesian hospitals. *Indonesian Journal of Health Policy*, 14(1), 45-52

Listyorini, Puguh. (2019). Trend Indikator Pelayanan Intensive Care Unit Di RSUD Dr. Moewardi Tahun 2014-2018. *INFOKES*, VOL 9 NO 2, September 2019.

Masturoh, I., & Nauri, A. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (Edisi 2018).

Miller, J., & Adams, N. (2018). Psychological Aspects of ICU Care: Challenges and Solutions. *Critical Care Psychology*, 12(3), 159–168.

National Institute of Health (NIH). (2022). ICU utilization and its challenges. *NIH Health Reports*, 28(7), 45-49.

Nurhayati, L., & Fibriana, N. (2019). Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Kontrol Pengobatan Pasien Pipertensi. *Jurnal Keperawatan*, 5(2), 63–69.

Nursalam. (2020). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (P. P. Lestari (ed.); Edisi 5). Salemba Medika.

Nafdianto, A., & Armiyadi, M. (2016). Komunikasi Terapeutic Dan Kecemasan Keluarga Di Ruang ICU RSTK-II Kesdam-IM Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(1).

Padilla, M. (2023). Anxiety Sensitivity in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. doi:10.4037/ajcc2023383

Priharsiwi, D., & Kurniawati, T. (2021). Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Gambaran Dukungan Keluarga Dan Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2: Literature Review. *Seminar Nasional Kesehatan*, 324–335.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamentals of Nursing: Konsep, Proses, dan Praktik* (8th ed., Alih Bahasa: Dwi Wahyuni). Jakarta: EGC.

Setiadi, W., Sinjar, M. A., & Sugiyono, H. (2019). Implementasi peraturan pemerintah no. 24 tahun 1997 tentang pendaftaran tanah dikaitkan dengan model jual beli tanah menurut hukum adat di tanjungsari, kabupaten bogor. *Jurnal Rechts Vinding: Media Pembinaan Hukum Nasional*, 8(1), 99-111.

- Smith, J., & Jones, R. (2020). *Critical Care: Principles and Practice*. New York: McGraw-Hill.
- Smith, J., et al. (2021). ICU patient outcomes: A focus on complications and recovery. *Journal of Critical Care Medicine*, 38(5), 100-107.
- Sri Handayani, Oktika Supiara, & Tomy Adi Prasetyo. (2024). Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di RSU Pku Muhammadiyah Sragen. *Jurnal Kesehatan Dan Kedokteran*, 3(1), 1–6. <https://doi.org/10.56127/jukeke.v3i1.1268>
- Stevenson, J. (2023). Reducing Anxiety for Patients in Intensive Care. *Johns Hopkins Medicine*. Tersedia di: <https://clinicalconnection.hopkinsmedicine.org>
- Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2017.
- Sugiyono. (2018). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Sutarti, T., Abdul, M., Anwar, M., Siyoto, S., & Saputra, M. H. (2018). 7KH, QflXHQFH RI'LDEHWLF) RRW*\PQDVWLW WR% RG\% DODQFH. *Indian Journal of Public Health*, 9(12), 1335.
- Taylor, S. (2022). The Role of Multidisciplinary Teams in ICU. *Healthcare Review*, 29(1), 35–42
- Yosep, I., & Hikmat, R. (2020). *Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik*. Bandung: Refika Aditama.
- White, L., & Harper, D. (2021). Communication barriers in ICU: Implications for family support and patient anxiety. *Critical Care Nursing Quarterly*, 44(3), 112-120.
- Williams, K., & Green, M. (2021). Nurse-Patient Ratios in Intensive Care: Impact on Patient Outcomes. *Nursing Management Quarterly*, 33(2), 123–130.
- World Health Organization*. (2023). Intensive care unit (ICU) services: Global health estimates. *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062716>