SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN SPIRITUAL KELUARGA TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSUP DR. TADJUDDIN CHALID

Disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana pada Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Megarezky Makassar

Oleh

KASBIAH
NIM : A1C324050

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY MAKASSAR
TAHUN 2025

HUBUNGAN DUKUNGAN SPIRITUAL KELUARGA TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSUP DR. TADJUDDIN CHALID

Disusun dan diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana pada Program Studi S1 Keperawatan
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Megarezky Makassar

Oleh

KASBIAH
NIM : A1C324050

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
UNIVERSITAS MEGAREZKY
TAHUN 2025

HALAMAN PERSETUJUAN

Hasil penelitian dengan judul:

HUBUNGAN DUKUNGAN SPIRITUAL KELUARGA TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSUP DR. TADJUDDIN CHALID

Disusun dan diajukan oleh:

KASBIAH
NIM : A1C324050

Telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Proposal Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky

Menyetujui

Pembimbing I	Pembimbing II
Ns. SINTAWATI, M.Kep	**Ns. SAFIRA SENGGO PALAYUKAN, M.Kes**
NIDN. 0917068605	**NIDN. 0913028401**

Mengetahui

Ketua Program Studi

IQWAN SYARUF, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0913068603

HALAMAN PENGESAHAN

Pada hari ini Selasa 10 Juni 2025 betempat di ruangan Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky, telah dilaksanakan ujian skripsi sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Sarjana Keperawatan terhadap mahasiswa atas nama:

Nama : Kasbiah

NIM : A1C324050

Program Studi : S1 Keperawatan

Jenjang : Strata 1

Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid

Yang telah diuji oleh Tim Penguji Skripsi, sebagai berikut:

Tim Penguji	Tanda Tangan
Sintawati, Ns.,M.Kep	(.....)
Safira Senggol Palayukan, M.Kes	(.....)
Sultan, S.Kep., MSN	(.....)

Mengetahui,

Dekan	Ketua Program Studi
Dr. Wilma, S.Kep., Ns., M.Kep	**Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep**
NIDN. 0920018501	**NIDN. 0920089106**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa proposal denga judul "Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid" saya susun tanpa Tindakan plagiat yaitu pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Jika dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi saya adalah hasil jiplakan, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Megarezky kepada saya.

Makasaar, Juni 2025

Kasbiah

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan Judul "Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid" yang merupakan salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky.

Skripsi ini merupakan upaya dan kerja keras dari penulis untuk mendapatkan sesuatu yang terbaik, meskipun penulis menyadari bahwa didalamnya masih banyak terdapat kekeliruan dan kekurangan serta masih jauh dari apa yang diharapkan. Dalam penyusunan Skripsi ini, penulis mengalami banyak tantangan dan hambatan, namun berkat usaha dan kemauan serta kerjasama yang baik dari semua pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi ini. Oleh karena itu, perkenanlah penulis dengan segala hormat dan kerendahan hati mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya Terkhusus penulis ucapkan kepada suami tercinta Zamaluddin Solong, SH. serta seluruh keluarga besar penulis atas segala perhatian, pengorbanan, kasih sayang serta doa restunya yang luar biasa selama ini. kepada Ibu Sintawati, Ns.,M.Kep selaku Pembimbing I dan Ibu Safira Senggol Palayukan, M.Kes selaku Pembimbing II dengan penuh kesabaran dan keikhlasan meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk memberikan perhatian, bimbingan dan arahan kepada penulis, serta Bapak Sultan, S.Kep.,MSN selaku Penguji yang telah meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan masukan dan arahan guna perbaikan skripsi ini.

Tak lupa pula penulis ucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. H. Alimuddin, SH., MH., M.Kn sebagai Pembina Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar, atas arahan dan pembinaan yang senantiasa menjadi fondasi dalam pengembangan institusi dan mahasiswa.
2. Ibu Alm. Hj. Suryani, SH., MH sebagai Pendiri Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar, atas dedikasi dan kontribusi luar biasa dalam mendirikan lembaga pendidikan yang menjadi wadah pengembangan ilmu dan karakter.

3. Bapak Moch. Noer Alim Qolby, S.H., LLM Sebagai Ketua Yayasan Pendidikan Islam Mega Rezky Makassar, atas dukungan dan kebijakan strategis yang memfasilitasi proses pendidikan dan penelitian secara berkelanjutan.
4. Prof. Dr. Anwar Ramli, SE., M.Si sebagai Rektor Universitas Megarezky, atas motivasi dan arahannya dalam membangun budaya akademik yang unggul dan berdaya saing..
5. Dr. Wilma, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky
6. Bapak Iqwan Syarif, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
7. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Universitas Megarezky yang telah memberikan kemudahan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan selama ini.
8. Bapak/Ibu Direktur RSUP Tadjuddin Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
9. Bapak/Ibu yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi responden penelitian ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa RPL Program Studi Sarjana Keperawatan Ners Fakultas Keperawatan dan Kebidanan yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan dukungan, dorongan moril dan berbagai bantuan selama perkuliahan sampai menyelesaikan pendidikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu dengan hati terbuka penulis siap menerima kritik dan saran dari pihak manapun yang konstruktif dan sifatnya membangun untuk kesempurnaan penulisan yang akan datang.

Makassar, 17 Februari 2025

Penulis,

(KASBIAH)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Biodata Peneliti

Nama	: Kasbiah
Tempat/Tanggal Lahir	: Kajang/14 April 1987
Alamat	: Jl. Mannuruki Raya Sudiang, Komp Griya Marwah Land Blok D/6
Email	: Kasbiahrstc@gmail.com
No. Tlp	: 081261268887
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Suku	: Makassar
Tinggi/Berat Badan	: 155 cm
Golongan Darah	: O
Kewarganegaraan	: Indonesia

B. Pengalaman Pendidikan

1. Tamat SD : 1993-1999
2. Tamat SMP : 1999-2000
3. Tamat SMK/SMA : 2002-2005
4. Tamat D3 : 2006-2009
5. Ahli Jenjang Program RPL S1 Keperawatan di Universitas Megarezky Makassar sampai sekarang.

ABSTRAK

KASBIAH (A1C324050), Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. (Dibimbing oleh Sintawati dan Safira Senggo Palayukan)

Pasien yang dirawat di ruang ICU sering mengalami kecemasan akibat kondisi medis yang berat, prosedur invasif, serta lingkungan ICU yang penuh suara mesin dan keterbatasan interaksi dengan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan spiritual keluarga terhadap tingkat kecemasan pasien di ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain korelasional dan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian sebanyak 65 pasien yang dirawat di ICU, dipilih menggunakan teknik consecutive sampling. Instrumen penelitian berupa kuesioner dukungan spiritual keluarga dan kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pasien (58,5%) mendapat dukungan spiritual keluarga kategori sedang, sedangkan 47,7% pasien mengalami kecemasan ringan. Hasil analisis bivariat dengan uji gamma menunjukkan adanya hubungan yang sangat kuat dan signifikan antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan pasien (Gamma = -0,905; p = 0,001). Temuan ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan spiritual keluarga yang diterima pasien, semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami. Penelitian ini menegaskan pentingnya peran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual untuk membantu pasien ICU mengatasi kecemasan dan meningkatkan kualitas perawatan.

Kata Kunci: *dukungan spiritual keluarga, kecemasan, pasien ICU, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid*

Referensi: Jumlah Referensi (±30)
Tahun Referensi (2017-2023)

ABSTRACT

KASBIAH (A1C324050), The Relationship Between Family Spiritual Support and Anxiety Levels of Patients in the ICU at RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. (Supervised by Ns. Sintawati and Safira Senggo Palayukan)

Patients treated in the ICU often experience anxiety due to severe medical conditions, invasive procedures, the noise from machines, and limited interaction with family. This study aims to examine the relationship between family spiritual support and patients' anxiety levels in the ICU at RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. This quantitative study used a correlational design with a cross-sectional approach. The sample consisted of 65 ICU patients selected through consecutive sampling. The research instruments were the family spiritual support questionnaire and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Results showed that most patients (58.5%) received moderate family spiritual support, while 47.7% experienced mild anxiety. Bivariate analysis using the gamma test indicated a very strong and significant relationship between family spiritual support and patients' anxiety levels (Gamma = -0.905; p = 0.001). These findings suggest that the higher the family spiritual support received by patients, the lower the anxiety levels. This study highlights the crucial role of family spiritual support in helping ICU patients cope with anxiety and improving the quality of care.

Keywords: *family spiritual support, anxiety, ICU patients, RSUP Dr. Tadjuddin Chalid*

References: *Number of References (±30)*
Years of References (2017-2023)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **i**
HALAMAN PERSETUJUAN ..... **iii**
HALAMAN PENGESAHAN ..... **iv**
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ..... **v**
KATA PENGANTAR ..... **vi**
DAFTAR RIWAYAT HIDUP ..... **viii**
ABSTRAK ..... **ix**
DAFTAR ISI ..... **xi**
DAFTAR TABEL ..... **xiii**
DAFTAR GAMBAR ..... **xiv**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xv**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. LATAR BELAKANG 1
B. Rumusan Masalah 2
C. Tujuan Penelitian 3
D. Manfaat Penelitian 3
E. Bidang Ilmu 4
F. Originalitas Penelitian 5
BAB II TINJAUAN TEORI **8**
A. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga 8
B. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Spiritual 14
C. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan 15
D. Kerangka Teori 21
E. Kerangka Konsep 22
F. Variabel Penelitian 22
G. Hipotesis 23
BAB III METODE PENELITIAN **24**

A. Desain Penelitian 24
B. Populasi dan Sampel Penelitian 24
C. Definisi Operasional 26
D. Tempat dan Waktu Penelitian 27
E. Alat Pengumpulan Data 27
F. Prosedur Pengumpulan Data 28
G. Rencana Analisis Data 29
H. Etika Penelitian 30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 31
A. Hasil Penelitian 31
B. Pembahasan 33
C. Keterbatasan 39
BAB V PENUTUP 40
A. Kesimpulan 40
B. Saran 40
DAFTAR PUSTAKA 42

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Originalitas Penelitian 5
Tabel 2. Definisi Operasional.....26
Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden.....31
Tabel 4. Distribusi Dukungan Spiritual Keluarga 32
Tabel 5. Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien.....32
Tabel 6. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien 32

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori 21
Gambar 2. Kerangka Konsep.....22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden..... 49
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden 50
Lampiran 3. Lembar Kuesioner 51

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Intesive Care Unit (ICU) menjadi tempat pelayanan bagi pasien dengan perhatian khusus. Pasien di ICU sering mengalami gejala psikologis seperti stres, ketakutan, kebingungan, kecemasan, dan depresi. Pasien di ICU dihadapkan pada berbagai pemicu stres, termasuk gangguan fisik dan pemasangan selang, seperti selang dada dan nasogastrik. Tekanan yang dirasakan pasien juga diperburuk oleh suara mesin dan monitor, panggilan tim resusitasi jantung paru, melihat kematian, dan tidak adanya komunikasi dengan dokter (1,2). Selain kondisi medis pasien, faktor lingkungan dan dukungan sosial juga memengaruhi kecemasan mereka. Orang cenderung mengalami kecemasan ketika mereka menghadapi terlalu banyak stimulus internal dan eksternal (3). Prevalensi gejala kecemasan di ICU berkisar antara 12% hingga 47% (2).

Dalam kondisi ini, dukungan spiritual berperan penting dalam memberikan ketenangan batin bagi pasien ICU. Berdasarkan studi yang dilakukan di Amerika Serikat terhadap 254 pasien ICU di empat rumah sakit, termasuk tigas pusat medis akademik dan satu rumah sakit komunitas berbasis agama, menemukan bahwa 78% pasien menerima kunjungan spiritual dari tenaga kesehatan atau keluarga. Hasil menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dan dukungan spiritual yang memadai dapat secara signifikasan menurunkan kecemasan pasien ICU, terutama bagi mereka yang berada dalam perawatan paliatif atau mendekati akhir hayat (4).

Di Indonesia, penelitian yang dilakukan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ICU berkontribusi terhadap peningkatakan kondisi psikologis mereka. Studi ini melibatkan 16 pasien yang menerima dukungan spiritual dari keluarga, antara lain melalui pembacaan doa selama jam kunjungan (5). Temuan ini sejalan dengan pandangan Friedman, sebagaimana dikutip oleh (6), yang menyatakan

bahwa doa merupakan salah satu mekanisme coping yang digunakan keluarga saat menghadapi anggota keluarga yang sedang sakit, termasuk dalam merespons kecemasan terkait kondisi kesehatan. Selain itu, menurut Taylor, doa memiliki pengaruh positif terhadap proses penyembuhan, serta menjadi sarana untuk mempererat hubungan spiritual dengan Tuhan dalam setiap situasi, termasuk saat menghadapi penyakit (7).

Di Sulawesi Selatan, khususnya di ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid, data awa menunjukkan bahwa dari 197 pasien di ICU, banyak yang mengalami kecemasan akibat faktor lingkungan dan prosedur medis invasif. Wawancara dengan beberapa pasien mengungkapkan bahwa mereka mengalami perasaan takut dan khawatir yang bekerpanjangan selama menjalani perawatan. Faktir-faktor seperti pemasangan alat bantu medis, suara mesin ICU yang terus berbunyi, serta ketidakpastian mengenani kondisi kesehatan mereka memperparah kecemasan yang dialami.

Meskipun perawatan medis telah dilakukan secara optimal, kecemasan pasien ICU tetap menjadi permasalahan yang signifikan (8). Hal ini menunjukkan pentingnya intervensi non-medis, seperti dukungan spiritual keluarga dalam membantu pasien mengatasi tekanan psikologis selama menjalani perawatan di ICU. Berdasarkan fenomena ini, peneliti teratrik untuk melakukan penelitian terkait hubungan dukungan spiritual keluarga terhadap tingkat kecemasan pasien di ruang ICU. Pemilihan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid sebagai lokasi penelitian didasarkan pada keterlibatan langsung peneliti dalam pelayanan di rumah sakit tersebut. Sebagai tenaga kesehatan yang bekerja di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid, peneliti memiliki kepedulian untuk mengidentifikasi serta mengatasi permasalahan kecemasan pasien ICU melalui pendekatan dukungan spiritual, sehingga dapat memberikan konstribusi nyata dalam meningkatkan kualitas perawatan di lingkungan kerja peneliti.

B. Rumusan Masalah

Pasien di ICU dihadapkan pada berbagai pemicu stres, termasuk gangguan fisik dan pemasangan selang, seperti selang dada dan nasogastrik. Tekanan yang

dirasakan pasien juga diperburuk oleh suara mesin dan monitor, panggilan tim resusitasi jantung paru, melihat kematian, dan tidak adanya komunikasi dengan dokter (1,2). Selain kondisi medis pasien, faktor lingkungan dan dukungan sosial juga memengaruhi kecemasan mereka. Pasien pre operasi memiliki tingkat kecemasan yang bervariasi sesuai dengan tingkat dukungan keluarga yang diterima. Keberadaan keluarga tidak hanya membantu pasien menghadapi tantangan fisik tetapi juga memberikan kekuatan psikologis yang diperlukan untuk melalui masa-masa sulit di ruang ICU (9). Berdasarkan masalah tersebut, maka penelitian ini ingin mengetahui Bagaimana Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah di ketahuinya hubungan dukungan spiritual keluarga dengan tingkat kecemasan pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

2. Tujuan Khusus

a. Diidentifikasi tingkat dukungan spiritual keluarga yang diterima oleh pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid
b. Diidentifikasi tingkat kecemasan pasien yang dirawat di ruang ICU berdasarkan dukungan spiritual keluarga yang mereka terima
c. Diketahuinya hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien di ruang ICU

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Mahasiswa

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pemahan tentang pengaruh dukungan spiritual keluarga terhadap kesehatan psikologis pasien, khususnya di ruang ICU serta dapat memberikan referensi untuk mengembangkan intervensi berbasis dukungan keluarga dalam mengurangi kecemasan pasien

2. **Bagi Institusi**

   Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi tenaga kesehatan dan pengambil kebijakan dalam merancang pendekatan psikososial yang lebih responsif dan holistik di ruang perawatan intensif (ICU). Pendekatan ini penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan, terutama dalam memenuhi kebutuhan emosional, spiritual, dan sosial pasien selama menjalani perawatan kritis

3. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

   Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya. Selain itu, hasil studi ini membuka peluang untuk merancang intervensi berbasis keluarga yang lebih komprehensif dan aplikatif dalam berbagai konteks klinis.

E. Bidang Ilmu

Bidang ilmu dalam penelitian ini adalah keperawatan medikal bedah. Keperawatan medikal bedah adalah spesialisasi keperawatan yang mencakup disiplin ilmu dan teknik yang berkaitan dengan perawatan pasien yang menderita penyakit dalam dan pembedahan. Bio-psiko-sosio-spiritual, berpusat pada klien dan berbasis masyarakat, pendekatan perawatan holistik termasuk kemanuasiaan dan etika (10).

F. Originalitas Penelitian

Tabel 1.
Originalitas Penelitian

No	Judul Penelitian	Variabel Penelitian	Desain Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
1	*The effects of spiritual counseling on the anxiety level of patient's family at the intensive care unit (icu) ofdr. dradjat prawiranegara hospital in serang, banten province, indonesia* **Nama Peneliti** Lukmanulhakim, Delly Arfa Syukrowardi **Jurnal** Belitung Nursing Journal Vol. 4 No. 4 Tahun 2020 (11)	**Dependen** Tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU **Independen** Konseling spiritual	**Desain Penelitian:** One group pre-test and post-test **Jumlah Sampel:** 25 responden **Alat Ukur:** Kuesioner Hamilton Axiety Rating Scale (HAR-S) **Uji Statistik:** Shapiro-wilk test dan skewness score	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU sebelum diberikan intervensi konseling spiritual berada pada kategori tinggi. Rata- rata tingkat kecemasan sebelum intervensi adalah 33.44 dengan standar deviasi 5.213, di mana 92% responden mengalami kecemasan berat. Setelah dilakukan konseling spiritual, terjadi penurunan signifikan pada tingkat kecemasan keluarga pasien.	Pada penelitian ini berfokus pada menurunkan kecemasan keluarga pasien ICU, bukan pasien itu sendiri. Sedangkan peneliti meneliti kecemasan pada pasien itu sendiri serta hubungan dari pemberian dukungan spiritual dari keluarga
2	Hubungan tingkat Spiritualitas dengan tingkat kecemasan pada keluarga pasien **Nama Peneliti** I Gusti Agung Dian Sundari Arwati, Meril Valentine Manangkot, Ni Luh Putu Eva Yanti	**Dependen** Tingkat kecemasan keluarga di ruang intensif **Independen** Tingkat spiritualitas keluarga pasien	**Desain Penelitian:** Non experimental design dengan pendekatan cross-sectional **Jumlah Sampel:** 40 keluarga pasien **Alat Ukur:** WHO-QOL SRPB (World Health	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat spiritualitas yang tinggi, yaitu sebanyak 23 orang (57,5%), sementara sisanya, sebanyak 17 orang (42,5%), memiliki tingkat spiritualitas sedang. Dalam hal tingkat kecemasan, mayoritas responden mengalami kecemasan ringan	Pada penelitian ini berfokus pada kecemasan keluarga pasien ICU, bukan pasien itu sendiri. Sedangkan peneliti meneliti kecemasan pada pasien itu sendiri. Selain itu peneliti juga menggunakan alat ukur kuesioner Hamilton Axiety Rating Scale (HAR- S)

	Jurnal Community of Publishing in Nursing (COPING), Vol. 8 No. 1 Tahun 2020 (12)		Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs) Field-Test Instrument **Uji Statistik:** Uji chi square	sebanyak 21 orang (52,5%), diikuti oleh kecemasan sedang sebanyak 11 orang (27,5%), dan kecemasan berat sebanyak 8 orang (20%).	
3	Hubungan Spiritualitas Dan Lama Perawatan Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Intensive Care Unit (ICU) RSI Aisyiyah Malang **Nama Peneliti** Munawaroh, Dyah Widodo, Marsaid, Kissa Bahari **Jurnal** Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, Vol. 9 No. 3 Tahun 2024 (Munawaroh et al., 2024)	**Dependen** Tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU **Independen** Tingkat spiritualitas keluarga pasien dan lama perawatan pasien di ICU	**Desain Penelitian:** kuantitatif non-eksperimental dengan desain Cross sectional correlation **Jumlah Sampel:** 33 responden **Alat Ukur:** Penulis tidak menyebutkan alat ukur yang diguanakan, Penulis hanya mengukur berdasarkan tingkat spiritualitas, lama perawatan, dan tingkat kecemasan keluarga **Uji Statistik:** Uji korelasi spearman rank	Hasil penelitian menunjukkan tingkat spiritualitas yang tinggi dapat membantu menurunkan kecemasan keluarga pasien ICU, sementara lama perawatan yang lebih lama berkontribusi pada peningkatan kecemasan keluarga.	Pada penelitian ini berfokus pada kecemasan keluarga pasien ICU, bukan pasien itu sendiri. Sedangkan peneliti meneliti kecemasan pada pasien itu sendiri. Selain itu peneliti juga menggunakan alat ukur kuesioner Hamilton Axiety Rating Scale (HAR- S)

4	*Correlaton Between Family Spiritual Coping with Anxiety Level of the Patient's in the Intensive Care Room* **Nama Peneliti** Novia Heriani, Hasniati Miradiah **Jurnal** Healthy Media, Vol. 4 No. 2 Tahun 2023 (14)	**Dependen** Tingkat kecemasan keluarga pasien ICU **Independen** Koping spiritual keluarga pasien	**Desain Penelitian:** Observasional korelasional dengan pendekatan cross-sectional **Jumlah Sampel:** 69 responden **Alat Ukur:** Spiritual well-being scale (SWBSS) dan Zung Self Rating Anxiety Scale (ZSAS) **Uji Statistik:** Uji korelasi spearman-rho	Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki koping spiritual sangat positif (84,1%), sementara sebagian kecil memiliki koping spiritual negatif (10,1%). Adapun tingkat kecemasan keluarga pasien didominasi oleh kecemasan ringan (68,1%), diikuti oleh kecemasan sedang (29%), dan hanya sedikit yang mengalami kecemasan berat (2,9%). Hal ini menunjukkan bahwa koping spiritual yang baik berperan dalam menurunkan kecemasan keluarga pasien ICU. Dengan adanya keyakinan yang kuat terhadap Tuhan dan praktik keagamaan yang dijalankan, keluarga pasien lebih mampu menghadapi stres dan kekhawatiran terkait kondisi anggota keluarganya yang sedang dirawat.	Pada penelitian ini berfokus pada kecemasan keluarga pasien ICU, bukan pasien itu sendiri. Sedangkan peneliti meneliti kecemasan pada pasien itu sendiri. Selain itu peneliti juga menggunakan alat ukur kuesioner Hamilton Axiety Rating Scale (HAR- S)

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang terbentuk melalui hubungan kekeluargaan, perkawinan, atau adopsi yang diakui secara sosial. Umumnya, anggota keluarga tinggal bersama, bekerja sama dalam aspek ekonomi, dan menjalankan peran sosial yang jelas. Selain itu, keluarga juga menjadi lingkungan pertama dan utama bagi individu dalam proses pembelajaran dan pembentukan nilai-nilai kehidupan (15).

Menurut Solaeman (2016) keluarga dianggap sebagai kelompok kecil yang hidup bersama. Keluarga didefinisikan sebagai suatu kelompok orang yang berkumpul sebagai suatu kesatuan atau unit yang hidup bersama dalam jangka waktu yang relatif lama karena adanya ikatan darah. Tujuan utama kehidupan berkeluarga adalah untuk memenuhi dan menyalurkan kebutuhan emosional, serta menyediakan ruang bagi proses sosialisasi antaranggota keluarga (16).

Mansyur (1997) menyatakan bahwa komunitas primer yang penting dalam masyarakat adalah keluarga. Komunitas primer merupakan suatu kelompok dimana hubungan antar anggota sangat erat. Secara historis, keluarga terbentuk dari kelompok kecil yang awalnya dibangun oleh beberapa pihak yang menjalin ikatan. Keluarga merupakan bagian dalam masyarakat yang bersatu dan berperan dalam proses organisasi kemasyarakatan (18).

2. Fungsi Keluarga

Menurut (19), adapun fungsi keluarga yakni :

a. Fungsi Biologis

Fungsi biologis keluarga berkaitan erat dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan seksual, reproduksi, dan

keberlangsungan keturunan. Melalui fungsi ini, keluarga berperan sebagai wadah yang sah secara sosial dan moral untuk melahirkan dan membesarkan anak, serta memastikan keberlanjutan generasi

b. Fungsi Sosialisasi

   Keluarga merupakan institusi pertama yang mengenalkan anak pada norma, nilai, dan aturan sosial. Dalam lingkungan keluarga, anak mulai belajar berinteraksi, memahami peran sosial, serta menginternalisasi nilai-nilai budaya yang berlaku. Proses ini sangat menentukan pembentukan karakter dan perilaku anak dalam masyarakat luas.

c. Fungsi Afeksi

   Keluarga menjadi sumber utama pemenuhan kebutuhan emosional anggotanya, seperti rasa aman, cinta, kasih sayang, dan perhatian. Fungsi afeksi sangat penting dalam membentuk stabilitas psikologis individu. Ketika fungsi ini terganggu, risiko munculnya gangguan emosional atau perilaku akan meningkat, terutama pada anak dan remaja.

d. Fungsi Edukasi

   Sebagai pendidik pertama dan utama, keluarga memberikan dasar-dasar pembelajaran informal sebelum anak memasuki institusi pendidikan formal. Orang tua memiliki tanggung jawab dalam membentuk pola pikir, kedisiplinan, serta nilai-nilai moral dan etika anak. Fungsi ini juga melibatkan penguatan keterampilan sosial dan kecerdasan emosional.

e. Fungsi Religius

   Fungsi religius menempatkan keluarga sebagai ruang awal untuk mengenalkan ajaran agama, nilai spiritual, dan keyakinan kepada anak. Keluarga mengajarkan praktik ibadah, memperkuat keimanan, serta membentuk sikap hidup berdasarkan prinsip keagamaan. Hal ini menjadi fondasi penting dalam pembentukan integritas dan ketahanan moral seseorang.

f. Fungsi Proteksi

   Keluarga menyediakan perlindungan baik secara fisik, emosional, maupun sosial bagi seluruh anggotanya. Dalam keluarga, individu

merasa aman dari ancaman eksternal seperti kekerasan, penelantaran, atau tekanan sosial. Selain itu, keluarga juga menjadi tempat berlindung dalam menghadapi stres atau krisis kehidupan.

g. Fungsi Relatif

Fungsi relatif menekankan pentingnya kegiatan yang menciptakan kebahagiaan, relaksasi, dan suasana positif dalam keluarga. Melalui aktivitas bersama seperti bercengkerama, berlibur, atau sekadar berbagi cerita. Keluarga dapat mempererat hubungan emosional dan menciptakan keseimbangan antara tugas dan kesenangan.

h. Fungsi Ekonomi

Keluarga berperan dalam perencanaan, produksi, distribusi, dan konsumsi sumber daya ekonomi. Orang tua bertanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan hidup anggota keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.

i. Fungsi Penentuan Status

Status sosial individu dalam masyarakat sebagian besar dipengaruhi oleh posisi sosial keluarga. Aspek seperti usia, jenis kelamin, urutan kelahiran, tingkat pendidikan orang tua, dan kondisi ekonomi keluarga dapat menentukan peran serta peluang sosial seseorang. Fungsi ini juga membentuk identitas dan ekspektasi sosial yang melekat pada setiap anggota keluarga.

3. Struktur Keluarga

Menurut (Ariyanti et al, 2023) Struktur keluarga terdiri dari lima, yakni :

a. Patrilineal

Merupakan sistem kekerabatan keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi yang ditelusuri melalui garis keturunan ayah.

b. Matrilineal

Merupakan sistem kekerabatan keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi yang ditelusuri melalui garis keturunan ibu.

c. Matrilokal

Merujuk pada pola tempat tinggal di mana pasangan suami istri menetap bersama keluarga sedarah pihak ibu.

d. Patrilokal

Merujuk pada pola tempat tinggal di mana pasangan suami istri menetap bersama keluarga sedarah pihak ayah atau suami.

e. Keluarga Kawinan

Merupakan keluarga yang terbentuk berdasarkan hubungan pernikahan antara suami dan istri, serta mencakup beberapa sanak saudara yang dianggap sebagai bagian dari keluarga karena adanya hubungan kekerabatan.

4. Tugas Keluarga

Menurut Friedman (2012) dalam (22), ia membagi tugas keluarga dalam 5 bidang kesehatan, diantaranya :

a. Keluarga mampu mengenali masalah kesehatan anggota keluarga Keluarga memiliki kemampuan untuk mengamati dan mengenali perubahan kondisi kesehatan yang dialami oleh anggotanya. Perubahan tersebut menjadi perhatian dan tanggung jawab bersama, sehingga keluarga dapat mencatat waktu terjadinya serta sejauh mana perubahan tersebut berlangsung.

b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat Keluarga dapat menentukan langkah yang sesuai dalam mengatasi masalah kesehatan yang muncul. Apabila keluarga tidak mampu menangani permasalahan secara mandiri, maka mereka disarankan untuk mencari bantuan dari tenaga profesional atau pihak yang lebih kompeten.

c. Keluarga mampu memberikan perawatan kepada anggota yang sakit Keluarga dapat memberikan pertolongan awal bagi anggota yang sakit, sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki. Jika diperlukan, keluarga juga dapat segera membawa anggota yang sakit ke fasilitas kesehatan agar kondisi tidak memburuk.

d. Keluarga mampu mempertahankan suasana yang kondusif di rumah Keluarga memiliki peran dalam menciptakan dan mempertahankan lingkungan rumah yang sehat, nyaman, dan mendukung pemulihan serta peningkatan kesehatan fisik dan mental seluruh anggota keluarga.
e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia Ketika salah satu anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan, keluarga dapat mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan yang ada sebagai bagian dari upaya pemeliharaan dan pemulihan kesehatan.

5. Jenis – Jenis Dukungan Keluarga

Menurut (Rosyada et al., 2023) dan (Sartika, 2017) Dukungan keluarga terdiri dari beberapa jenis, diantaranya :

a. Dukungan Kasih Sayang

   Merupakan bentuk dukungan yang melibatkan ekspresi kasih sayang, empati, dan kepedulian terhadap seseorang, sehingga individu tersebut merasa nyaman, dihargai, diperhatikan, dan dicintai.

b. Dukungan Penghargaan

   Jenis dukungan ini mencakup ungkapan penghormatan dan pengakuan positif terhadap individu, dukungan terhadap ide atau perasaannya, serta perbandingan yang bersifat membangun dengan orang lain yang berada dalam kondisi kurang beruntung, sehingga dapat meningkatkan harga diri.

c. Dukungan Informatif

   Dukungan ini diberikan dalam bentuk nasihat, arahan, atau saran terkait cara mengatasi suatu situasi. Bentuknya dapat berupa penyampaian informasi yang dibutuhkan oleh individu untuk mengambil keputusan atau menyelesaikan masalah.

d. Dukungan Instrumental

   Merupakan bantuan yang bersifat nyata dan langsung, seperti memberikan bantuan materi, meminjamkan uang, atau membantu secara fisik dalam situasi tertentu. Contohnya, keluarga yang memberikan uang atau membawa perlengkapan kepada anggota keluarga yang sedang

menjalani hukuman di penjara.

6. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut (Fortuna et al., 2023) dan (Saputri & Damaiyanti, 2021) Adapun beberapa faktor yang dapat mempengaruhi dukungan keluarga, yakni :

a. Usia individu yang diberi dukungan

Dalam hal ini, usia orang yang akan mendapatkan dukungan akan memengaruhi dukungan keluarga. Respon dukungan terhadap perubahan kesehatan akan berbeda untuk setiap rentang usia (bayi-lansia)

b. Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Kemampuan kognitif dapat memengaruhi cara seseorang berpikir, seperti bagaimana mereka memahami faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan mereka. Kurangnya pengetahuan keluarga dapat berdampak pada keterlaksanaan dukungan keluarga tentang pengelolaan kesehatan, yang dapat menyebabkan kualitas hidup orang yang mendapatkan dukungan menurun

c. Emosi

Salah satu jenis respon stress yang dapat mempengaruhi pikiran atau kepercayaan seseorang terhadap dukungan keluarga adalah emosi. Seseorang yang mengalami respon stress selama 14 perubahan daam hidupnya mungkin mengalami berbagai gejala sakit, yang mungkin ditunjukkan dengan kekhawatiran bahwa penyakit tersebut dapat membahayakan kehidupannya atau keluarganya

d. Spiritual

Faktor spiritual tercermin dalam cara seseorang menjalani kehidupannya, termasuk nilai-nilai dan keyakinan yang dianut, hubungan dengan keluarga atau orang terdekat, serta kemampuannya dalam menemukan makna dan harapan dalam hidup. Dimensi spiritual ini dapat menjadi sumber kekuatan bagi individu dalam menghadapi rasa sakit, depresi, dan penderitaan, baik yang dialami secara pribadi maupun oleh orang

lain di sekitarnya

e. Dukungan keluarga yang pernah diterima

Bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya. Misalnya jika seorang anak sakit dan selalu diajak pemeriksaan kesehatan oleh orang tuanya, Maka orang tuanya akan melakukan hal yang sama pada anaknya ketika mereka memiliki anak

f. Kondisi ekonomi

Status ekonomi menunjukkan kemampuan keluarga untuk memperoleh materi dan uang (finansial). Seseorang yamg memiliki tingkat ekonomi yang lebih tinggi biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit dirinya atau anggota keluarganya. Oleh karena itu, ia akan segera mendapatkan bantuan medis atau memeriksakannya ketika ada masalah kesehatan

g. Latar belakang budaya

Keyakinan, nilai, dan tindakan seseorang tidak dapat secara signifikan dipengaruhi oleh latar belakang budaya mereka. Menurut lingkungan budaya keluarga mempengaruhi perilaku kesehatan dan keyakinan dalam memberikan dukungan keluarga

B. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Spiritual

1. Definisi Spiritual

Spiritualitas berasal dari bahasa Latin "*spiritus"*, yang berarti semangat, roh, atau jiwa. Spiritualitas mencakup empat dimensi utama: praktik doa atau kehidupan rohani, penghayatan iman dalam tindakan nyata sehari-hari, perilaku yang mengarah pada kebaikan, serta keterlibatan dalam kehidupan sosial dan kemasyarakatan, termasuk dalam relasi dengan pemerintah. Spiritualitas mencakup cara hidup yang mengantar seseorang ke kepenuhan hidupnya, serta api semangat, dan sikap dasar (27).

Spiritualitas adalah aspek hakiki dan dinamis dalam kemanusiaan yang memungkinkan seseorang untuk mencari makna, tujuan, dan

transendensi tertinggi (28). Dengan spiritual seseorang mengembangkan hubungan yang kuat dengan diri sendiri, keluarga, orang lain, komunitas, msyarakat, alam, dan hal-hal yang dianggap sakral atau penting (29).

2. Aspek-Aspek Spiritualitas

Piedmont mengembangkan konsep spiritualitas yang dikenal sebagai *spiritual transcendence*, yaitu kemampuan individu untuk melampaui pemahaman dirinya secara personal dan temporal, sehingga mampu memandang kehidupan dari sudut pandang yang lebih luas dan objektif. Perspektif transendensi ini muncul ketika seseorang menyadari adanya kesatuan mendasar yang melatarbelakangi keberagaman realitas di alam semesta (30). Konsep spiritual *transcendence* ini terdiri dari

a. Pengalaman ibadah

   Rasa senang dan kegembiraan yang dihasilkan dari keterlibatan diri dengan realitas transenden

b. Universalitas

   Keyakinan bahwa alam semesta memiliki kehidupan sendiri

c. Keterkaitan

   Merupakan keyakinan bahwa individu adalah bagian dari suatu realitas kemanusiaan yang lebih luas, yang melampaui batasan generasi maupun kelompok sosial tertentu

C. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan

1. Definisi Kecemasan

Kecemasan didefinisikan sebagai keadaan di mana seseorang mengalami perasaan gelisah, kekhawatiran, ketegangan, keraguan, rasa tidak aman, dan takut karena situasi yang dianggap sebagai ancaman dari sumber yang tidak diketahui. tanda somatik tersebut yang menyebabkan sistem syaraf otonom menjadi hiperaktif. Di bidang kesehatan jiwa, cemas adalah masalah. Kekhawatiran yang tidak pasti yang disebabkan oleh ketakutan atau ketidakmampuan adalah sumber kecemasan (31,32).

Menurut Harlina & Aiyub, (2018) dalam (34), Kecemasan adalah perasaan khawatir yang menyebar, tidak jelas, dan terkait dengan perasaan tidak berdaya atau tidak pasti. Kecemasan ini tidak memiliki objek tertentu; itu dialami secara pribadi dan dikomunikasikan secara personal. Khawatir dan bingung tentang sesuatu yang akan terjadi dan tidak tahu mengapa, kecemasan dikenal sebagai perasaan yang tidak menentu. Kebanyakan orang merasakan kecemasan pada waktu tertentu saja, tetapi kecemasan bukanlah penyakit. Perasaan cemas dapat muncul sebagai reaksi normal terhadap situasi tertentu dan hanya (35), Kecemasan adalah emosi negatif yang ditandai oleh keadaan ketegangan internal serta sensasi subjek yang tidak menyenangkan berupa ketakutan tentang kejadian yang akan datang. Perilaku gugup sering terjadi, termasuk Ruminasi, mondarmandir, dan gejala fisik Kekhawatiran adalah perasaan tidak nyaman dan khawatir yang disebabkan oleh reaksi terhadap situasi yang hanya dianggap berbahaya secara subjek.

2. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Freud (2002) dalam (37), menyatakan jika kecemasan dibagi menjadi tiga, yakni :

a. Kecemasan Realitas atau Objektif (Reality or Objective Anxiety)
   Kecemasan ini muncul sebagai respons terhadap ancaman nyata dari lingkungan, seperti kebakaran, angin puting beliung, gempa bumi, atau hewan buas. Jenis kecemasan ini mendorong individu untuk bertindak seolah-olah mereka sedang menghadapi bahaya langsung. Dalam beberapa kasus, kecemasan terhadap ancaman nyata dapat berkembang menjadi bentuk yang ekstrem, misalnya ketakutan berlebihan untuk keluar rumah karena khawatir terjadi kecelakaan pada diri sendiri maupun orang lain.
b. Kecemasan Neurosis (Neurotic Anxiety)
   Ketakutan ini berasal dari masa kecil, ketika konflik antara pemahaman instingtual dan kenyataan muncul. Orang tua mungkin

menghukum anak ketika mereka secara impulsif memenuhi kebutuhan naluri mereka, terutama yang berkaitan dengan dorongan seksual atau agresif. Hukuman ini membuat anak takut untuk mengekspresikan dorongan mereka karena khawatir akan konsekuensi yang akan terjadi. Kecemasan neurotik adalah rasa takut akan hukuman karena menunjukkan perilaku impulsif yang dikontrol oleh dorongan naluriah (Id). Namun, ketakutan ini bukan terhadap dorongan itu sendiri, tetapi terhadap apa yang mungkin terjadi jika dorongan itu dipenuhi. Konflik ini terjadi antara Id (dorongan naluriah) dan Ego (dorongan nyata).

c. Kecemasan Moral (Moral Anxiety)

Kecemasan moral terjadi karena konflik antara Id (dorongan insting) dan superego (nilai moral). Seseorang merasa malu atau bersalah saat ingin melakukan sesuatu yang bertentangan dengan prinsip moralnya. Dalam kehidupan sehari-hari, orang merasa suara hati mereka menghantui mereka. Mereka yang memiliki nilai moral yang ketat lebih rentan terhadap konflik ini daripada mereka yang memiliki toleransi moral yang lebih longgar. Kecemasan moral termasuk perasaan malu dan bersalah. Ini berkembang sejak anak-anak dihukum karena melanggar aturan orang tua dan berlanjut hingga dewasa ketika orang-orang melakukan pelanggaran terhadap norma masyarakat. Pada dasarnya, kecemasan ini berasal dari suara hati individu.

3. Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Nevid (2021), terdapat beberapa tanda kecamasan, yakni :

a. Tanda fisik

Tanda-tanda fisik yang umum muncul sebagai manifestasi kecemasan meliputi rasa gelisah, gugup, getaran atau gemetar pada tangan dan anggota tubuh, ketegangan di area dahi, serta peningkatan produksi keringat terutama pada telapak tangan. Selain itu, individu mungkin mengalami sensasi mulut dan

tenggorokan yang kering, kesulitan berbicara dan bernapas, napas yang pendek, jantung berdebar kencang, suara bergetar, serta sensasi dingin pada jari-jari atau anggota tubuh lainnya. Gejala lain yang sering muncul adalah pusing, perasaan mudah tersinggung, dan meningkatnya sensitivitas emosional

b. Tanda behavior

Ada beberapa tanda behavior kecemasan, seperti perilaku selalu mengindar, perilaku melekat dan dependen, dan perilaku terguncang

c. Tanda kognitif

Berbagai gejala yang terkait dengan pikiran dan persepsi merupakan tanda kecemasan kognitif. Orang yang mengalami kecemasan ini sering merasa sangat waspada terhadap sensasi tubuhnya, menganggap orang atau situasi yang biasa sebagai ancaman, takut atau cemas terhadap kejadian yang mungkin terjadi di masa depan, kemudian percaya bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi tanpa alasan yang jelas. Selain itu, mereka mungkin berpikir bahwa dunia sedang runtuh, merasa segala sesuatu menjadi kacau dan sulit dikendalikan, dan menganggap masalah sederhana sebagai sesuatu yang membingungkan dan tidak teratasi. Pikiran yang mengganggu biasanya muncul berulang kali. Contohnya termasuk ketakutan akan pingsan jika tidak segera keluar dari keramaian, keyakinan bahwa kematian sudah dekat meskipun hasil pemeriksaan medis menunjukkan bahwa mereka dalam kondisi normal, maka rasa takut sendirian.

Sedangkan menurut Abubakar et al., (2021) mengemukakan gejala kecemasan, diantaranya:

a. Gejala fisik

sakit kepala, berkeringat, mulut kering, jantung berdebar, nyeri dada, napas cepat, dan jantung berdebar-debar. Gejala lainnya meliputi peningkatan tekanan darah, ketegangan otot, dan

kesemutan pada ekstremitas (40)

b. Gejala motorik

kegelisahan, mudah tersinggung, mengetuk-ngetukkan jari kaki, kedutan, dan respons kaget yang berlebihan

c. Gejala tertunda

Gejala ini muncul ketika kecemasan terjadi dalam jangka waktu yang lama. Gejala yang muncul diantaranya sakit perut yang parah, kelemahan otot, peningkatan tajam tekanan darah, stroke, serangan jantung, dan bahkan kematian (40–42)

4. Tahap Kecemasan

Kecemasan adalah respons alami yang dialami seseorang dalam menghadapi situasi tertentu, menurut Peplau (1963) dalam (44), terdapat empat tahapan kecemasan, diantaranya:

a. Kecemasan Ringan

Merupakan bentuk kecemasan yang berkaitan dengan situasi kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini, kecemasan berfungsi adaptif karena dapat meningkatkan motivasi, mendorong proses belajar, dan memicu kreativitas. Gejala yang muncul mencakup peningkatan fokus, kesadaran terhadap stimulus internal dan eksternal, serta kemampuan pemecahan masalah dan belajar yang tetap optimal. Secara fisiologis, individu mungkin tampak gelisah, mengalami gangguan tidur, hipersensitif terhadap suara, namun tanda vital dan ukuran pupil tetap normal.

b. Kecemasan Sedang

Pada tingkat ini, individu menunjukkan perhatian yang lebih selektif, mampu fokus pada hal-hal penting sambil mengabaikan aspek lain di sekitarnya. Respon fisiologis yang umum meliputi napas pendek, peningkatan tekanan darah dan denyut nadi, mulut kering, kegelisahan, dan konstipasi. Fungsi kognitif mulai terbatas, dengan ruang persepsi yang menyempit terhadap rangsangan eksternal.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat secara signifikan mengganggu fungsi persepsi dan konsentrasi. Individu hanya dapat memusatkan perhatian pada satu hal dan tidak mampu berpikir secara menyeluruh. Mereka menjadi tidak mampu memecahkan masalah atau belajar secara efektif. Gejala fisik meliputi sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, takikardia, hiperventilasi, serta gangguan eliminasi seperti buang air besar dan kecil yang berlebihan. Respons emosional ditandai oleh rasa takut yang mendalam dan fokus ekstrem pada diri sendiri.

d. Kecemasan Tingkat Panik

Merupakan tingkat kecemasan paling ekstrem yang ditandai dengan rasa takut, panik, dan teror. Individu kehilangan kontrol, tidak mampu berfungsi secara rasional, dan mengalami disorganisasi perilaku. Tanda- tanda yang menyertai termasuk aktivitas motorik yang meningkat, gangguan persepsi berat, hilangnya kemampuan untuk berpikir logis, dan kesulitan berinteraksi. Kondisi ini berlangsung singkat namun dapat menyebabkan kelelahan ekstrem, dan dalam kasus tertentu, berdampak fatal.

5. Faktor Pemicu Kecemasan Pasien ICU

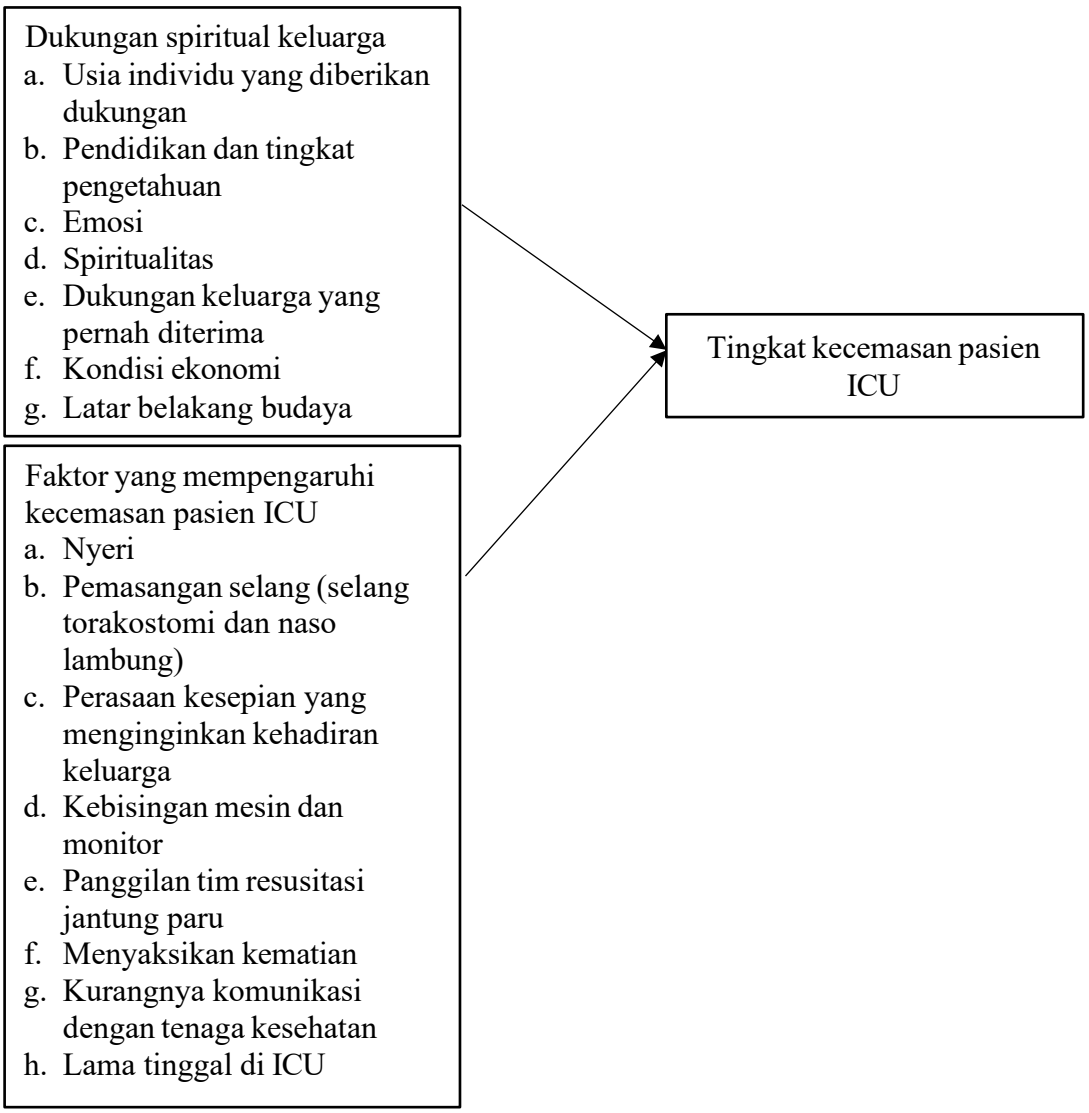
Menurut Shdaifat & Al-Qadire (2020) dan Gao et al. (2012) dijelaskan beberapa faktor pemicu kecemasan pada pasien yang di rawat di ICU, diantaranya:

1. Nyeri
2. Pemasangan selang (selang torakostomi dan naso lambung)
3. Perasaan kesepian yang menginginkan kehadiran keluarga
4. Kebisingan mesin dan monitor
5. Panggilan tim resusitasi jantung paru
6. Menyaksikan kematian
7. Kurangnya komunikasi dengan tenaga kesehatan

8. Lama tinggal di ICU

D. Kerangka Teori

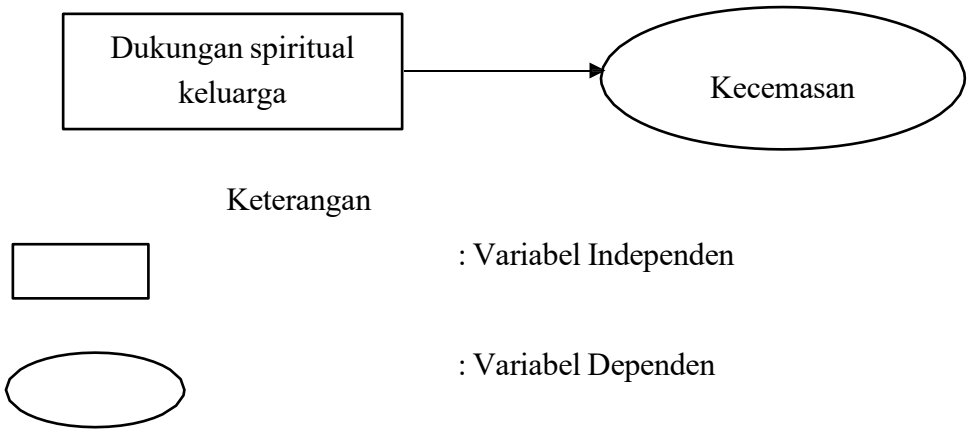
Gambar 1.
Kerangka Teori



E. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan kerangka dapat menjelaskan bagaimana variabel yang akan diteliti berhubungan satu sama lain dan konsep-konsep yang akan diukur dan diamati dalam penelitian (46). Berikut adalah kerangka konsep dari penelitian ini, yakni:

Gambar 2.
Kerangka Konsep



F. Variabel Penelitian

Variabel penelitian karakteristik seseorang atau organisasi yang dapat diukur atau diamati yang mempuyai variasi tertentu yang diidentifikasi oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (47). Ada dua variabel dalam penelitian ini yakni

a. variabel bebas (variabel independen)

   Variabel yang mempengaruhi, yang menimbulkan atau mengubah variabel dependen (48). Dalam penelitian ini, yang merupakan variabel independen adalah dukungan spiritual keluarga.

b. Variabel terikat (dependen)

   variabel bebas yang mempengaruhi atau menjadi akibat dari variabel tersebut (48). Dalam penelitian ini, yang merupakan variabel dependen adalah kecemasan.

G. Hipotesis

Hipotesis merupakan pernyataan sementara yang disusun untuk diuji kebenarannya melalui proses penelitian ilmiah (49). Dalam konteks penelitian ini, hipotesis yang diajukan ialah:

Ha

Terdapat Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid

Ho

Tidak Terdapat Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian kuantitatif merupakan pendekatan ilmiah yang dirancang secara sistematis untuk menjawab pertanyaan penelitian melalui struktur yang terencana. Desain penelitian ini mencakup berbagai komponen penting seperti identifikasi fenomena, perumusan dan pernyataan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kajian pustaka, tinjauan terhadap penelitian terdahulu, pemilihan instrumen, penentuan populasi dan sampel, alokasi sumber daya, serta penggunaan literatur yang relevan. Seluruh elemen tersebut disusun secara runtut dan disajikan secara jelas (37). Dalam studi ini, peneliti menerapkan metode kuantitatif dengan jenis penelitian korelasional dan pendekatan *cross-sectional*, yang bertujuan untuk menelaah hubungan antara faktor risiko dan akibat yang ditimbulkannya melalui observasi atau pengumpulan data pada satu titik waktu (50).

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

   Populasi penelitian mengacu pada keseluruhan individu, objek, atau peristiwa yang menjadi fokus penyelidikan (51). Berdasarkan data yang diperoleh pada bulan Januari 2025, jumlah total pasien ICU selama periode tersebut adalah 63 pasien, dengan 28 pasien di antaranya meninggal dunia. Oleh karena itu, populasi yang menjadi fokus penelitian ini adalah pasien yang bertahan hidup, yaitu sebanyak 63 pasien.

2. Sampel

   Sampel dapat diartikan secara sederhana sebagai bagian dari populasi yang dipilih untuk menjadi sumber data utama dalam suatu penelitian. Pada penelitian ini, teknik pengambilan sampel yang digunakan *adalah consecutive sampling*, dengan jumlah total responden sebanyak 63 pasien.

3. Kriteria Sampel

Penetapan kriteria sampel berperan penting dalam memengaruhi validitas hasil penelitian, terutama ketika variabel-variabel yang dikaji memiliki potensi hubungan korelatif dengan variabel utama. Kriteria ini memberikan batasan yang jelas mengenai karakteristik sampel yang sesuai untuk digunakan dalam studi. Secara umum, kriteria tersebut dibagi menjadi dua kategori utama yang akan dijelaskan berikut ini:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum yang dimiliki oleh subjek dalam populasi target yang dapat dijangkau dan telah ditetapkan sebagai sasaran penelitian (52). Kriteria inklusi dalam penelitian ini yakni:

1) Pasien dirawat di ruang ICU RSUP Dr. Tajuddin Chalid selama periode penelitian berlangsung
2) Pasien yang masih hidup dalam kondisi sadar
3) Pasien yang mampu berkomunikasi secara verbal maupun non-verbal
4) Pasien yang mendapatkan dukungan keluarga selama perawatan di ICU
5) Bersedia mejadi responden dengan menandatangani informed consent

b. Kriteria ekslusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (52)

1) Pasien dalam kondisi kritis yang tidak dapat berkomunikasi
2) Pasien yang tidak memiliki keluarga atau tidak mendapatkan dukungan keluarga selama perawatan
3) Pasien yang dalam kondisi sedasi penuh atau menggunakan ventilasi mekanik jangka panjang

C. Definisi Operasional

Tabel 2.
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Opersional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	**Indenpenden** Dukungan Spiritual keluarga	Suatu sikap yang diberikan oleh keluarga atau yang terdekat yang berupa bantuan emosional, mornal dan keyakinan dalam menghadapi setiap kondisi untuk meningkatkan iman, kepercayaan, dan menemukan makna dalam hidup	Kuesioner terdiri dari 13 pertanyaan. Untuk kuesioner tentang dukungan spiritual dengan pilihan jawaban: 1. TP: tidak pernah 2. K: kadang-kadang 3. SR: sering 4. S: selalu	**1.** Skor 14-27 = rendah **2.** Skor 28-41 = sedang **3.** Skor 42-56 = tinggi	Ordinal
2	**Dependen** Kecemasan	Perasaan yang tidak nyaman atau perasaan gelisah yang timbul dan mampu dirasakan oleh pasien	Kuesioner yang digunakan ialah kuesioner baku yakni kuesioner skala kecemasan HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yang terdiri dari 14 pertanyaan yakni: 1. Perasaan cemas 2. Ketegangan 3. Ketakutan 4. Gangguan tidur 5. Gangguan kecerdasan 6. Perasaan depresi 7. Gejala stomatik 8. Gejala sensorik 9. Gejala kardiovaskuler 10. Gejala pernapasan 11. Gejala gastrointestinal 12. Gejala urogenital 13. Gejala vegetatif 14. Perilaku sewaktu wawancara	1. Skor <6 = tidak ada kecemasan 2. Skor 6-14 = kecemasan ringan 3. Skor 15-27 = kecemasan sedang 4. Skor >27 = kecemasan berat	Ordinal

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

   Penelitian ini akan dilakukan di Ruang ICU RSUP Dr. Tajuddin Chalid

2. Waktu Penelitian

   Penelitian di Ruang ICU RSUP Dr. Tajuddin Chalid dilaksanakan pada tanggal 12 Maret tahun 2025

E. Alat Pengumpulan Data

Kuesioner merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data melalui serangkaian pertanyaan yang dirancang untuk mengukur variabel penelitian (53). Dalam penelitian ini, kuesioner yang digunakan yakni:

1. Instrumen dukungan spiritual keluarga

   Instrumen yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga merujuk pada kuesioner yang dikembangkan oleh (54). Sementara itu, aspek dukungan spiritual diukur menggunakan 13 item pernyataan positif, yaitu nomor 1 hingga 13. Setiap item disertai empat pilihan respons: tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu. Penilaian terhadap pernyataan positif dilakukan berdasarkan frekuensi respons yang diberikan, dengan ketentuan sebagai berikut:

   a. Tidak pernah = 1
   b. Kadang-kadang = 2
   c. Sering = 3
   d. Selalu = 4

   Sedangkan pada pernyataan negatif akan diberikan penilaian, sebagai berikut:

   a. Tidak pernah = 1
   b. Kadang-kadang = 2
   c. Sering = 3
   d. Selalu = 4

   Total skor akan diklasifikasikan menjadi 3 kategori, yakni:

a. Rendah = 14-27
b. Sedang = 28-41
c. Tinggi = 42-56
d. Selalu = 4

Kuesioner ini telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Dari 13 butir pertanyaan yang mengukur dukungan spiritual, seluruh item dinyatakan valid dengan nilai korelasi lebih besar dari 0,361. Selain itu, instrumen ini juga terbukti reliabel dengan nilai koefisien alpha sebesar 0,919. Dengan demikian, seluruh pernyataan dalam kuesioner layak digunakan dalam penelitian ini.

2. Instrumen kecemasan

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan dalam penelitian ini adalah *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), yang terdiri dari 14 item pertanyaan. Skala ini pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1959 dan hingga kini telah menjadi salah satu alat ukur standar dalam menilai tingkat kecemasan secara klinis.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan serangkaian metode atau teknik yang digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam penelitian (55). Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan meliputi:

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti, baik secara individu maupun kelompok, dari subjek penelitian melalui metode seperti observasi atau wawancara (56). Dalam penelitian ini, data primer dikumpulkan melalui penyebaran kuesioner kepada responden oleh peneliti

2. Data Sekunder

Data yang tidak langsung diberiskan dari objek yang diteliti, tetapi dapat diperoleh melaui studi pustaka (56). Dalam penelitian ini, data sekunder diambil peneliti dari ruang ICU RSUP Dr. Tajuddin Chalid.

G. Rencana Analisis Data

Setelah data terkumpul peneliti akan melakukan pengolahan data dengan bantuan komputer dan menggunakan Statistical Program for Social Science (SPSS). Variabel kategori dianlisis dalam bentuk frekuensi dan presentase yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik. Dalam penelitian ini dilakukan univariat yakni tingkat kecemasan pada pasien ICU sedangkan analisa bivariat untuk melihat hubungan antara dukungan spiritual keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien. Adapun langkah-langkah pengelolahan data yang dilakukan yakni:

1. Editing

   Proses ini mencakup penyempurnaan dan penataan data yang telah dikumpulkan guna mencegah kesalahan dalam konversi satuan serta meminimalkan potensi bias yang mungkin timbul selama proses wawancara.

2. Coding

   Proses ini melibatkan pemberian nomor pada setiap item dalam instrumen penelitian guna mempermudah penamaan kolom saat entri data, sehingga proses input menjadi lebih terstruktur dan efisien.

3. Entry

   Memasukkan data sesuai dengan kodenya dan memprosesnya agar dapat dianalisis. Proses ini dilakukan menggunakan komputer.

4. Cleaning

   Kegiatan ini merupakan proses verifikasi terhadap data yang telah dientri, yang dilakukan untuk memastikan keakuratan, konsistensi, dan ketepatan data. Tujuannya adalah untuk menghindari kesalahan input serta memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan bebas dari kekeliruan maupun ketidaksesuaian.

5. Tabulating

   Aktivitas memasukkan data menurut variabel yang akan dianalisis, yaitu hasil pengskalaan tingkat keberhasilan. Kemudian, data disusun menjadi

tabel distribusi setelah dilakukan penataan.

H. Etika Penelitian

1. Informed Consent

   Informasi tentang tujuan penelitian harus diberikan kepada responden. Formulir inform consent yang diberikan kepada responden harus menunjukkan bahwa data yang dikumpulkan hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu (57).

2. Anonymity

   Untuk menjaga kerahasian responden, peneliti hanya mencamtumkan inisial nama responden daripada nama mereka pada formulir pengumpulan data (57).

3. Confidentiality

   Penelitian harus mempertimbangkan hak menjaga kerahasiaan, yang berarti bahwa subjek memiliki hak untuk meminta data mereka dirahasiakan sehingga perlu dibuat tanpa nama dan rahasia (57).

BAB IV
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Tabel 3.
Distribusi Karakteristik Responden

No	Karasteristik	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	**Usia**		
	18-59 Tahun	40	61.5
	≥60 Tahun	25	38.5
	Total	65	100
2.	**Jenis Kelamin**		
	Perempuan	56	86.2
	Laki-laki	9	13.8
	Total	65	100
3.	**Status Pernikahan**		
	Menikah	53	81.5
	Tidak Menikah	12	18.5
	Total	65	100
4.	**Pendidikan Terakhir**		
	SD	4	6.2
	SMP	24	36.9
	SMA	33	50.8
	S1	4	6.2
	Total	65	100

Sumber : Data Primer (2025)

Berdasarkan tabel 4.1, mayoritas responden dalam penelitian ini berada pada rentang usia 18-59 tahun (61,5%) dan ≥ 60 tahun (38,5%). Dari segi jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan (86,2%), sementara laki-laki hanya 13,8%. Mayoritas responden juga berstatus menikah (81,5%). Ditinjau dari tingkat pendidikan terakhir, mayoritas responden menempuh pendidikan hingga jenjang SMA (50,8%), SD (6,2%) dan S1 (6,2%).

b. Gambaran Dukungan Spiritual Keluarga

Tabel 4.
Distribusi Dukungan Spiritual Keluarga

Dukungan Spiritual Keluarga	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Rendah	20	30.8
Sedang	38	58.5
Tinggi	7	10.7
Total	65	100

Sumber : Data Primer (2025)

Berdasarkan Tabel 4.2, menunjukkan distribusi dukungan spiritual keluarga terhadap pasien. Mayoritas pasien (58,5%) menerima dukungan spiritual pada tingkat sedang. Sebanyak 30,8% mendapat dukungan rendah, dan hanya 10,7% yang mendapat dukungan tinggi.

c. Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien

Tabel 5.
Distribusi Tingkat Kecemasan Pasien

Kecemasan	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Ringan	31	47.7
Sedang	18	27.7
Berat	16	24.6
Total	65	100

Sumber : Data Primer (2025)

Berdasarkan tabel 4.3, tingkat kecemasan pasien ICU di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid menunjukkan mayoritas pasien (47,7%) mengalami kecemasan ringan. Sebanyak 27,7% mengalami kecemasan sedang, dan 24,6% mengalami kecemasan berat. Jumlah total pasien adalah 65 orang.

2. Analisis Bivariat

a. Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien

Tabel 6.
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien

Dukungan Spiritual Keluarga	Kecemasan Pasien						Presentase (%)		*Gamma (r)*	*P-Value*
	Ringan		Sedang		Berat					
	N	%	n	%	n	%	N	%		
Rendah	1	1.5	4	6.2	15	23.1	20	30.8		
Sedang	24	36.9	13	20	1	1.5	38	58.5	-0,905	0,001
Tinggi	6	9.2	1	1.5	0	0	7	10.7		
Total			31	47.7	18	27.7	16	24.6	65	100

Sumber : Data Primer (2025)

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada tabel 4.4, menunjukkan hubungan yang sangat kuat dan signifikan antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan pasien (Gamma = -0,905; p = 0,001). Semakin tinggi dukungan spiritual, semakin rendah tingkat kecemasan. Pasien dengan dukungan rendah paling banyak mengalami kecemasan berat (23,1%). Sebagian besar pasien dengan dukungan sedang mengalami kecemasan ringan (36,9%). Sementara itu, dari 7 pasien dengan dukungan tinggi, 6 orang (9,2%) mengalami kecemasan ringan.

B. Pembahasan

1. Distribusi Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan data yang ditampilkan, jumlah responden dalam penelitian ini ialah 65 orang. mayoritas responden dalam penelitian ini berada pada rentang usia 18-59 tahun (61,5%) dan ≥ 60 tahun (38,5%). Hasil ini menunjukkan bahwa kelompok usia yang paling banyak dalam penelitian ini adalah responden dengan rentan usia 18-59 tahun.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ageel et al (2024) yang mendapatkan hasil bahwa 86% pasien ICU di Jazan, Saudi Arabia yang mengalami kecemasan berasal dari kelompok usia 18-59 Tahun, dan sisanya berusia 60 tahun keatas. Hal ini mengindikasikan bahwa kelompok usia dewasa dan lanjut usia memiliki kerentanan psikologis yang lebih besar, baik karena beban fisik, keterbatasan aktivitas, maupun kekhawatiran terhadap prognosis penyakit.

Peneliti mengasumsikan bahwa kelompok usia dewasa (18–59 tahun) dan lanjut usia (≥60 tahun) lebih rentan mengalami kecemasan karena berada dalam fase kehidupan dengan tanggung jawab dan tekanan psikologis yang tinggi. Pada usia dewasa, beban kerja, peran sosial, dan kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan keluarga maupun diri sendiri dapat menjadi pemicu kecemasan. Sementara pada

kelompok lanjut usia, keterbatasan fisik, menurunnya fungsi tubuh, dan kekhawatiran terhadap proses penyembuhan atau komplikasi penyakit ikut memperburuk kondisi psikologis.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan dari data yang ditampilkan, dari total 65 responden dalam penelitian ini. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 56 orang (86,2%). Sementara itu, responden berjenis kelamin laki-laki berjumlah 9 orang (13,8%). Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini ialah perempuan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (58) yang mendapatkan hasil bahwa jenis kelamin yang paling banyak dirawat di ICU ialah perempuan. Dijelaskan pada kedua jenis kelamin, diabetes melitus, hiperlipidemia, riwayat merokok, hipertensi, dan obesitas merupakan faktor risiko yang signifikan untuk berkembangnya penyakit. Namun wanita lebih rentan terhadap penyakit setelah menopause, dan faktor risiko wanita selama periode pascamenopause menentukan risiko mereka mengalami penyakit terutaman penyakit vaskular. Menurut (59), sebanyak 67% wanita yang memasuki masa menopause diketahui memiliki satu atau lebih faktor risiko utama terkait vaskular, dan angka ini cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Kondisi ini berkaitan dengan penurunan hormon estrogen, yang selama masa reproduktif diketahui berperan dalam memberikan efek protektif terhadap perkembangan penyakit aterosklerotik pada wanita.

c. Status Pernikahan

Berdasarkan dari data yang ditampilkan, dari total 65 responden dalam penelitian ini. Sebagian besar responden berstatus menikah, yaitu sebanyak 53 orang (81,5%). Sementara itu, responden yang belum menikah berjumlah 12 orang (18,5%). Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini ialah sudah menikah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (60) yang menemukan

bahwa pasangan pasien ICU memainkan peran penting dalam menghadapi stres fisik dan psikologis selama transisi dari ICU ke bangsal. Pasangan pasien dapat membantu pasien menjadi lebih tenang dan mendapatkan dukungan emosional. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (61) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial yang lebih tinggi terutama dari pasangan terhadap penurunan kecemasan dan kelelahan. Hal ini menunjukkan pentingnya kehadiran pasangan saat perawatan di ICU.

d. Pendidikan Terakhir

Berdasarkan dari data yang ditampilkan, dari total 65 responden dalam penelitian ini. Sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SMA, yaitu sebanyak 33 orang (50,8%). Sebanyak 24 orang (36,9) berpendidikan terakhir SMP. Sementara itu masing-masing 4 orang (6,2%) memiliki pendidikan terakhir SD dan S1. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terbanyak responden dalam penelitian ini ialah lulusan SMA.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Munawaroh et al., 2024) yang mendapatkan hasil bahwa pendidikan terakhir mayoritas reponden dalam studinya yakni SMA/sederajat yang berjumlah 15 orang (45,5%) dari 33 responden. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin rendah tingkat kecemasan mereka selama masa perawatan ICU

2. Dukungan Spiritual Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki dukungan spiritual keluarga dalam kategori sedang, yaitu sebanyak 38 orang (58,5%) dari total 65 responden. Selain itu, terdapat 20 responden (30,8%) yang memiliki dukungan spiritual rendah, dan 7 responden (10,7%) yang memiliki dukungan spiritual tinggi. Ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan spiritual dari keluarga, meskipun tidak sepenuhnya kuat.

Kebutuhan spiritual bertujuan untuk mempertahankan atau

memulihkan keyakinan, memperoleh ketenangan batin atau pengampunan, merasakan kasih, serta membangun hubungan yang penuh kepercayaan dengan Tuhan. Sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, pemenuhan aspek spiritual hanya dapat terlaksana secara optimal apabila keluarga menyadari bahwa spiritualitas merupakan elemen penting dalam perawatan pasien. (63).

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan Anggriani & Livi, (2020) yang melibatkan 30 keluarga pendamping pasien di ruang ICU. Studi tersebut menunjukkan bahwa 83% keluarga memberikan dukungan yang baik dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal ini disebabkan oleh kesadaran keluarga akan pentingnya aspek spiritual bagi pasien yang dirawat di ICU. Keluarga juga memandang spiritualitas sebagai sesuatu yang bernilai religius, karena melalui praktik spiritual pasien memperoleh semangat hidup, mampu menerima kondisi penyakit yang dialami, serta memiliki kesempatan untuk berdoa.

Penelitian ini juga mendukung penelitian Minarni et al., (2022) yang melibatkan enam partisipan dari keluarga inti pasien COVID-19 di Desa Pasti Jaya, Kalimantan Barat. Hasil studi tersebut menunjukkan bahwa keluarga berperan penting sebagai pemberi motivasi dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Keluarga memberikan dukungan spiritual kepada pasien dengan berdoa bersama, membaca ayat-ayat Alkitab, dan membagikan renungan Firman Tuhan secara online melalui telepon atau grup WhatsApp.

3. Tingkat Kecemasan Pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami kecemasan pada tingkat ringan, yaitu sebanyak 31 orang (47,7%) dari total 65 responden. Sementara itu, 18 responden (27,7%) tercatat mengalami kecemasan tingkat sedang, dan 16 responden (24,6%) berada pada kategori kecemasan berat. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak berada pada tingkat kecemasan yang tinggi, meskipun tetap terdapat proporsi yang signifikan mengalami kecemasan

sedang hingga berat.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (65) yang melalui uji korelasi Pearson Product Moment memperoleh nilai signifikansi (p-value) sebesar 0,000 ($\alpha < 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara variabel stresor lingkungan dan tingkat kecemasan. Dengan koefisien korelasi (r) sebesar 0,788, hubungan kedua variabel dianggap searah. Hal ini menunjukkan bahwa semakin banyak stressor di ruang ICU, maka tingkat kecemasan pasien akan semakin tinggi.

Penelitian ini juga mendukung penelitian (66) yang menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara stresor lingkungan dan tingkat kecemasan. Hal ini dikarenakan lingkungan ICU yang penuh dengan rangsangan sensorik yang berlebihan, seperti cahaya yang terlalu terang, suara alat medis yang bising, dan interaksi intens. Kondisi ini meningkatkan kecemasan pasien karena menciptakan lingkungan yang tidak nyaman dan membingungkan. Selain itu, kecemasan pasien diperburuk oleh isolasi sosial, kurangnya privasi, dan perasaan tidak memiliki kendali atas keadaan. Kondisi emosional pasien dapat dipengaruhi oleh kombinasi dari faktor-faktor ini

4. Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan koefisien Gamma menunjukkan nilai Gamma sebesar -0,905 dengan nilai signifikansi p = 0,000, yang mengindikasikan adanya hubungan yang sangat kuat dan signifikan antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan pasien di ICU. Koefisien Gamma yang bernilai negatif menunjukkan bahwa hubungan tersebut bersifat negatif, yaitu semakin tinggi dukungan spiritual yang diberikan oleh keluarga, maka tingkat kecemasan pasien cenderung menurun. Berdasarkan distribusi tingkat kecemasan pada tabel, diketahui bahwa

31 pasien (47,7%) yang menerima dukungan spiritual dalam kategori sedang hingga tinggi mengalami kecemasan ringan. Sebaliknya,

dari kelompok pasien yang memperoleh dukungan spiritual rendah, 15 pasien (23,1%) mengalami kecemasan berat dan 4 pasien (6,2%) mengalami kecemasan sedang. Temuan ini menunjukkan bahwa dukungan spiritual keluarga memiliki peran penting dalam membantu pasien mengelola kecemasan selama perawatan di ICU. Signifikansi statistik ($p < 0,05$) semakin memperkuat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan pasien.

Hal serupa terdapat pada penelitian yang menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien di ruang ICU oleh keluarga belum optimal, dengan 57,1% keluarga tidak memenuhi kebutuhan spiritual mereka dengan baik. Hal ini diduga berkaitan dengan aturan khusus dan jumlah jam kunjungan yang terbatas di ruang ICU yang membatasi peran keluarga dalam memberikan dukungan spiritual secara langsung, yang berpotensi memengaruhi kondisi psikologis dan spiritual pasien.

Hal ini juga sejalan dengan pernyataan (67), yang mengungkapkan bahwa keluarga memiliki dorongan kuat untuk terlibat dalam pemenuhan kebutuhan pasien selama berada di sisi mereka, antara lain dengan memberikan makanan, minuman, bantuan fisik seperti pijatan, serta dukungan spiritual melalui doa. Hal ini menunjukkan bahwa kehadiran dan keterlibatan aktif keluarga menjadi bagian penting dalam proses perawatan. Dukungan tersebut turut diperkuat oleh hasil penelitian (68), yang menyatakan bahwa tindakan keluarga dalam memberikan dukungan spiritual seperti meyakinkan pasien, berdoa bersama, mengajak tokoh rohani, serta memberikan motivasi dapat memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan fisik dan psikologis pasien. Dukungan ini membantu pasien untuk lebih menerima kondisi kesehatannya, merasa lebih tenang, nyaman, dan damai, terutama saat menghadapi fase akhir kehidupan

C. Keterbatasan

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Keterbatasan Variabel

   Penelitian ini hanya menyoroti hubungan antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan, tanpa mempertimbangkan faktor lain yang mungkin turut memengaruhi, seperti kondisi klinis pasien, pengalaman spiritual pribadi, maupun tingkat religiusitas individu.

2. Lingkup Wilayah dan Jumlah Responden

   Penelitian ini dilakukan di satu institusi layanan kesehatan dengan jumlah responden terbatas sebanyak 65 pasien. Hal ini membatasi kemampuan generalisasi temuan ke populasi pasien ICU di rumah sakit lain dengan latar belakang sosial, budaya, dan keagamaan yang berbeda.

3. Desain Penelitian

   Penggunaan desain cross-sectional hanya memungkinkan pengamatan hubungan pada satu waktu tertentu, sehingga tidak dapat menggambarkan perubahan dinamis tingkat kecemasan atau dukungan spiritual selama proses perawatan.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien ICU di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengenai hubungan antara dukungan spiritual keluarga dan tingkat kecemasan pasien, peneliti menyimpulkan karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien berada pada kelompok usia 18–59 tahun (61,5%), berjenis kelamin perempuan (86,2%), serta memiliki status pernikahan menikah (81,5%). Dalam hal pendidikan terakhir, lebih dari separuh responden (50,8%) menamatkan jenjang Sekolah Menengah Atas.

Terkait kondisi psikologis, mayoritas pasien mengalami kecemasan ringan (47,7%), diikuti oleh kecemasan sedang (27,7%) dan kecemasan berat (24,6%). Tingkat dukungan spiritual keluarga yang diterima pasien bervariasi, dengan sebagian besar berada pada kategori sedang (58,5%), dukungan rendah (30,8%), dan hanya 10,7% yang menerima dukungan tinggi.

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan yang sangat kuat dan bermakna secara statistik antara dukungan spiritual keluarga dengan tingkat kecemasan pasien. Koefisien gamma sebesar -0,905 dengan nilai *p* sebesar 0,001 (<0,05) menandakan bahwa semakin tinggi dukungan spiritual yang diterima, maka semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami pasien.

B. Saran

Berdasarkan temuan penelitian ini, penulis mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Tenaga Kesehatan

   Disarankan agar tenaga kesehatan di ruang ICU tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga aktif mendorong keterlibatan keluarga dalam memberikan dukungan spiritual kepada pasien. Hal ini dapat difasilitasi melalui konseling singkat, bimbingan rohani, atau kolaborasi dengan tokoh agama sesuai

keyakinan pasien.

2. Bagi Pihak Rumah Sakit

   Pihak manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan integrasi layanan dukungan spiritual dalam sistem perawatan ICU, baik melalui penyediaan ruang ibadah, pelibatan tenaga rohaniwan, maupun pelatihan singkat bagi perawat terkait pendekatan spiritual yang sensitif dan adaptif terhadap kebutuhan pasien.

3. Untuk Penelitian Selanjutnya

   Dianjurkan agar penelitian selanjutnya memperluas cakupan variabel yang diteliti, seperti kondisi psikososial keluarga, riwayat spiritualitas pasien, atau lama perawatan di ICU. Penelitian dengan pendekatan longitudinal juga dibutuhkan guna mengidentifikasi perubahan tingkat kecemasan dari waktu ke waktu dan mengevaluasi efektivitas dukungan spiritual secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Rector NA, Psych C, Bourdeau D, Kitchen K, Joseph-Massiah L, Laposa JM, Et Al. Anxiety Disorders An Information Guide [Internet]. 4th Ed. Canada: Centre For Addiction And Mental Health; 2024. Available From: Www.Camh.Ca

Shdaifat SA, Al-Qadire M. Anxiety And Depression Among Patients Admitted To Intensive Care. Nurs Crit Care [Internet]. 2020 [Cited 2025 Jan 17];27:106–

12.AvailableFrom: Https://Onlinelibrary.Wiley.Com/Doi/Epdf/10.1111/Nicc.12536

Pitoy FF, Manoppo MW, Hutagalung IH. Kecemasan Keluarga Pasien Saat Menunggu Anggota Keluarga Yang Dirawat Di Ruang ICU. MAHESA : Malahayati Health Student Journal. 2023 Aug 6;3(9):2718–26.

Nguyen J, Bagis D. Improving Spiritual Care Competency Among Intensive Care Unit Nurses [Internet]. Dominican University Of California. Dominican Scholar Department Of Nursing; 2023. P. 1–48. Available From: Https://Scholar.Dominican.Edu/Nursing-Senior-Theses/132

Priyantini D, Ayatulloh D, Wibowo Na, Wijaya Sa, Kristin K, Indarti I, Et Al. Pendidikan Kesehatan Peranan Dukungan Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien. Ejoin: Jurnal Pengabdian Masyarakat. 2023;1(9):1050–7.

Rustam Js, Chaidir R. Spiritualitas Dan Mekanisme Koping Keluarga Pasiendi Ruangan Intensive Care Unit: Studi Korelasi. Jurnal Ners. 2023;7(2):1327–32.

Zumstein-Shaha M, Ferrell B, Economou D. Nurses' Response To Spiritual Needs Of Cancer Patients. European Journal Of Oncology Nursing. 2020 Oct 1;48:1.

Wayan Sudarta I, Junianto Sagala A, Dian Kristiana D, Hartanti D, Erlita Lero E, Rindayu Pradnya W Ep, Et Al. Gambaran Kecemasan Keluarga Penunggu Pasien

Di Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta Bulan Juni Tahun 2020. Jurnal Kesehatan. 2020;8(2):72–81.

Sutisnu AA, Sugiharto F, Yulianita H, Eriyani T. The Effect Of Family Visit Management On Anxiety Levels Among Patients In The Intensive Care Unit: A Scoping Review. Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. 2023;16(2):280–9.

Mediarti D, Hapipah, Prabowo DYB, Pastari M, Susanti E, Syokumawena, Et Al. ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DAN GAWAT DARURAT.

Bandung: CV. Media Sains Indonesia; 2020. 1–296 P.

Lukmanulhakim, Arfa Syukrowardi D. The Effects Of Spiritual Counseling On The Anxiety Level Of Patient's Family At The Intensive Care Unit (Icu) Of Dr. Dradjat Prawiranegara Hospital In Serang, Banten Province, Indonesia. Belitung Nurs J [Internet]. 2020;4(4):403–10. Available From: Http://Belitungraya.Org/Brp/Index.Php/Bnj/

Arwati Igads, Manangkot Mv, Yanti Nlpe. Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien. Community Of Publishing In Nursing (Coping. 2020;8(1):47–54.

Munawaroh, Widodo D, Marsaid, Bahari K. Hubungan Spiritualitas Dan Lama Perawatan Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Intensive Care Unit (ICU) RSI Aisyiyah Malang. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah. 2024;9(3):17–22.

Heriani N, Hasniati M. Correlaton Between Family Spiritual Coping With Anxiety Level Of The Patient's In The Intensive Care Room. Health Media [Internet]. 2023;4(2):38–52. Available From: Www.Journal.Urbangreen.Ac.Id

Ramdani C, Miftahudin U, Latif A. Peran Keluarga Dalam Pendidikan Karakter. Banun: Jurnal Pendidikan Islam Anak Usia Dini. 2023;(2):12–20.

Windari Nns, Herlina. Pengaruh Program Pelibatan Keluarga Dalam Kelas Inspirasi Terhadap Motivasi Belajar Anak Usia Dini Di Paud Ceria Dusun

Muhajirin Desa Sesela Kecamatan Gunung Sari Kabupaten Lombok Barat Tahun Ajaran 2019/2020. Jurnal Transformasi. 2020;6(1):30–6.

Mansyur Mc. Sosiologi Masyarakat Kota Dan Desa. Surabaya: Usaha Nasional; 1997.

Rustina. Keluarga Dalam Kajian Sosiologi. Musawa. 2022;14:244–67.

Agustin W, Kudus Wa. Disfungsi Orang Tua Dalam Pembentukan Pendidikan Dan Kemandirian Anak Di Lingkungan Cidunak Kota Cilegon. Didaktik : Jurnal Ilmiah Pgsd Fkip Universitas Mandiri. 2023;9(2):4440–9.

Ariyanti, Sulistyono E, Rahmawati PM, Surtikanti, Rahmi C, Huda N. BUKU AJAR KEPERAWATAN KELUARGA [Internet]. 1st Ed. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia; 2023. 1–137 P. Available From: Www.Buku.Sonpedia.Com

Friedman. Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2012.

Salamung N, Pertiwi MR, Ifansyah N, Maurida N, Suhariyati, Primasari NA. KEPERAWATAN KELUARGA (FAMILY NURSING). 1st Ed. Duta Media

Publishing; 2021. 1–227 P.

Sartika D. PENGARUH DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT STRES NARAPIDANA WANITA DI LEMBAGA PEMBINAAN KHUSUS

ANAK (LPKA) KOTA PEKAN BARU. Skripsi Thesis, Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau [Skripsi Thesis]. [Pekanbaru]: Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau; 2017.

Rosyada YA, Faizin C, Noviasari NA. Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pasien Lansia. Muhammadiyah Journal Of Geriatric. 2023 Sep 21;4(1):73.

Saputri J, Damaiyanti M. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga Terhadap Perawatan Pasien Dengan Skizofrenia : Literature Review. Borneo Student Research. 2021;3(1):101–11.

Fortuna F, Ahsan A, Kristianingrum ND. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT STRES TENAGA KESEHATAN SELAMA

MASA PANDEMI COVID-19 DI PUSKESMAS. Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI). 2023 Mar 10;7(1):43.

Boiliu FM, Polii M. Peran Pendidikan Agama Kristen Dalam Keluarga Di Era Digital Terhadap Pembentukan Spiritualitas Dan Moralitas Anak. IMMANUEL: Jurnal Teologi Dan Pendidikan Kristen. 2020 Oct 31;1(2):76–91.

Fang CK, Cheng SY, Pi SH, Wu YL, Lin KC, Pan RY. Development And Validity And Reliability Of An Instrument To Assess Patient's Spiritual Well-Being. J Multidiscip Healthc. 2024;17:3307–22.

Hamidi S, Seyedfatemi N, Abbasi Z, Ebrahimpour F. The Effect Of Spiritual Support On Life Satisfaction In Iranian Patients With Gastrointestinal Cancer. Front Psychol. 2024;15.

Abdurrouf M. Hubungan Spiritualitas Dengan Kecemasan Menghadapi Dunia Kerja Pada Mahasiswa Tingkat Akhir Pondok Pesantren Lirboyo Unit Darussalam Kediri [Undergraduate S1 Thesis]. Universitas Agama Islam Tribakti; 2023.

Akbar RR, Anissa M, Hariyani IP, Rafli R. EDUKASI MASYARAKAT MENGENAI GEJALA CEMAS. Dinamisia : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat. 2022 Aug 31;6(4):876–81.

Dwi Putri Rusman A, Umar F, Majid M. KECEMASAN MASYARAKAT SELAMA MASA PANDEMI COVID-19. Kesehatan Masyarakat) Khatulistiwa

[Internet]. 2021;8(1):10–8. Available From: Http://Openjurnal.Unmuhpnk.Ac.Id/Index.Php/JKMK?Page=Index

Harlina, Aiyub. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT DI UNIT PERAWATAN KRITIS FACTORS AFFECTING THE LEVEL OF ANXIETY IN FAMILY OF PATIENTS HOSPITALIZED IN CRITICAL CARE UNIT.

Jurnal Ilmiah Mahasiswa. 2018;III(3):184–92.

Flavia PY. PENGARUH TERAPI THOUGHT STOPPING TERHADAP TINGKAT KECEMASAN MAHASISWA TINGKAT AKHIR DI STIKES

PANTI WALUYA MALANG [Other Thesis]. [Malang]: STIKES Panti Waluya Malang; 2023.

Saradhadevi S, Hemavathy V. Anxiety Disorders Introduction. Cardiometry. 2022;(24):1010–2.

Freud S. A General Introduction To Psychoanalysis, Psikoanalisis Sigmund Freud. Ira P, Editor. Yogyakarta: Ikon Teralitera; 2002.

Siroj R, Afgani W, Fatimah, Septaria D. METODE PENELITIAN KUANTITATIF PENDEKATAN ILMIAH UNTUK ANALISIS DATA. Jurnal

Review Pendidikan Dan Pengajaran. 2024;7(3):11279–89.

Nevid JS. Gangguan Psikologis Konsepsi Dan Aplikasi Psikologi. 3rd Ed. Perpustakaan Nasional RI: NUSAMEDIA; 2021. 1–170 P.

Abubakar AR, Sani IH, Malami S, Yaro AH, Jahan I, Adnan N, Et Al. Anxiety Disorders: Recent Global Approach To Neuro-Pathogenesis, Drug Treatment, Cognitive Behavioral Therapy, And Their Implications. Bangladesh Journal Of Medical Science. 2021;20(3):487–503.

Adwas A, Jbireal JM, Azab EA. Anxiety: Insights Into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, And Treatment. East African Scholars J Med Sciences

[Internet]. 2019;2(10):580–91. Available From:

Http://Www.Easpublisher.Com/Easjms/

Alonazi EM, Alfaer SA, Alobaid MS, Ghabban AI. Roles Of Family Physicians In Management Of Anxiety Disorder Management In Primary Care. Medical Resident. 2020;16(2):01–8.

Humer E, Pieh C, Probst T. Metabolomic Biomarkers In Anxiety Disorders. Int J Mol Sci. 2020 Jul 1;21(13):1–19.

Peplau H. A Working Definition Of Anxiety (Some Clinical Approaches To Psychiatric Nursing. In: Hildegard E Peplau, Selected Works. Springer Publising Company, Inc; 1963. P. 270–326.

Siahaan ER. HUBUNGAN KECEMASAN MAHASISWA MENGHADAPI DINAS PRAKTEK KLINIK KEPERAWATAN PADA SAAT PANDEMI

COVID 19 VARIAN OMICRON. Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI). 2022;3(1):2746–2579.

Gao Q, Xing J, Sun Y, Wang H, Liu B, Du W. Analisis Status Kecemasan Dan Faktor Terkait Pada Pasien ICU. Kemajuan Biomedis Modern. 2012;12(15).

Dwipayani NMA. GAMBARAN PENGGUNAAN HERBAL EKSTRAK KUNYIT PADA PENDERITA GASTRITIS KRONIS DI DESA SIBANG GEDE KECAMATAN ABIANSEMAL KABUPATEN BADUNG TAHUN 2022

[Diploma Thesis]. [Denpasar]: Poltekkes Kemenkes Denpasar; 2022.

Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D. Bandung: Alphabet; 2019.

Umasangadji S. HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHANMENGIKUTI VAKSINASI PADA MAHASISWA [Skripsi].

[Makassar]: Universitas Megaresky; 2022.

Yam JH, Taufik R. Hipotesis Penelitian Kuantitatif. Perspektif : Jurnal Ilmu Administrasi. 2021 Aug 1;3(2):96–102.

Abduh M, Alawiyah T, Apriansyah G, Sirodj RA, Afgani MW. Survey Design: Cross Sectional Dalam Penelitian Kualitatif. Jurnal Pendidikan Sains Dan Komputer. 2022 Dec 22;3(01):31–9.

Candra Susanto P, Ulfah Arini D, Yuntina L, Panatap Soehaditama J. Konsep Penelitian Kuantitatif: Populasi, Sampel, Dan Analisis Data (Sebuah Tinjauan Pustaka). Jurnal Ilmu Multidisiplin [Internet]. 2024;3(1):1. Available From: Https://Creativecommons.Org/Licenses/By/4.0/

Mustapa P, Pipin Yunus, Susanti Monoarfa. PENERAPAN PERAWATAN ENDOTRACHEAL TUBE PADA PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN DI RUANG ICU RSUD PROF. DR ALOEI SABOE KOTA GORONTALO. Intan Husada : Jurnal Ilmiah Keperawatan. 2023 Jul 26;11(02):105–13.

Ardiamsyah, Risnita, Jailani MS. Teknik Pengumpulan Data Dan Instrumen Penelitian Ilmiah Pendidikan Pada Pendekatan Kualitatif Dan Kuantitatif. Jurnal Pendidikan Islam [Internet]. 2023;1(2):1–9. Available From: Http://Ejournal.Yayasanpendidikandzurriyatulquran.Id/Index.Php/Ihsan

Sinaga EJQ. SKRIPSI HUBUNGAN DUKUNGAN SPIRITUAL DENGAN KUALITAS HIDUP PADA LANSIA DI DESA SIMARMATA KABUPATEN SAMOSIR TAHUN 2019 . [Medan]: SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN ; 2019.

Zainuddin, Wardhana A. Teknik Pengumpulan Data Penelitian [Internet]. 1st Ed. Jawa Tengah: EUREKA MEDIA AKSARA; 2024. Available From: Https://Www.Researchgate.Net/Publication/382060598

Innayah A, Mustofa Z, Mukminin A. UPAYA PENINGKATAN KETERAMPILAN SISWA MELALUI PROGRAM KELAS KETERAMPILAN TKR (TATA KECANTIKAN KULIT DAN RAMBUT) DAN TOKR (TEKNIK OTOMOTIF DAN KENDARAAN RINGAN) DI MAN 2 NGAWI. Jurnal Tawadhu. 2023;7(1):1.

Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Vol. 59. Salemba Medika; 2020.

Modra LJ, Higgins AM, Pilcher D V., Bailey MJ, Bellomo R. Sex Differences In Mortality Of ICU Patients According To Diagnosis-Related Sex Balance. Am J Respir Crit Care Med. 2022 Dec 1;206(11):1353–60.

Schramm K, Rochon PJ. Gender Differences In Peripheral Vascular Disease. Semin Intervent Radiol. 2018 Mar 1;35(1):9–16.

Gu J, Wang H, Pei J, Meng J, Song Y. The Dyadic Coping Experience Of ICU Transfer Patients And Their Spouses: A Qualitative Study. Nurs Crit Care. 2024 Jul 1;29(4):672–81.

Fang T, Chen D, Wan Y, Lu H, Du P, Hu W, Et Al. The Mediating Role Of Anxiety And Depression For Family Members Of ICU Patients In Perceived Social Support And Fatigue. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2022;61(3):317–20.

Munawaroh, Widodo D, Bahari K. Hubungan Spiritualitas Dan Lama Perawatan Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Intensive Care Unit (ICU) RSI

Aisyiyah Malang. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah. 2024;9(3):2024.

Minarni, Milka, Srihartatiningsih M. DUKUNGAN SPIRITUALITAS KELUARGA DALAM PENYEMBUHAN PASIEN TERKONFIRMASI

COVID-19. Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan. 2022;13(1):47–55.

Anggriani U, Livi RDY. DUKUNGAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DI RUANG ICU RSUD Dr.M.YUNUS

BENGKULU. Jurnal Vokasi Keperawatan. 2020;2(2).

Pangestu R, Hartoyo M, Metasari S. HUBUNGAN STRESOR LINGKUNGAN TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN ICU. Mahakam Nursing Journal. 2024;3(3):116–25.

Gezginci E, Goktas S, Orhan NB. The Effects Of Environmental Stressors In Intensive Care Unit On Anxiety And Depression. Nurs Crit Care. 2022;27(1):113–9.

Muzaki A. PENGALAMAN PERAWAT TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL (RELIGIUSITAS) DI RUANG INTENSIVE

CARE UNIT (ICU). Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal [Internet]. 2022;12(3):377–84. Available From: Http://Journal.Stikeskendal.Ac.Id/Index.Php/PSKM

Laili NR, Zulkarnain H, Yasmara D, Sriyono. Promoting Spiritual Nursing Care In An Intensive Care Unit: A Systematic Review. Indian J Public Health Res Dev. 2019 Aug 1;10(8):2773–7.

Lampiran 1.
Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak/Ibu

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesedian menandatangani lembar persetujuan dan menjadi responden yang akan diteliti.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Kasbiah

Lampiran 2.
Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :

Alamat:

Dengan ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Megarezky yang bernama Kasbiah (A1C324050) dengan judul **"Hubungan Dukungan Spiritual Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien di Ruang ICU RSUP Dr. Tadjuddin Chalid"** saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka penelitian dan tidak merugikan saya serta hal-hal yang bersifat rahasia dijaga kerahasiaannya.

Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya siap berpatisipasi dalam penelitian ini.

Makassar, 17 Februari 2025

Responden

( )

Lampiran 3.
Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONER
HUBUNGAN DUKUNGAN SPIRITUAL KELUARGA TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN DI RUANG ICU RSUP DR. TADJUDDIN CHALID

Petunjuk

1. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yakni data demografi dan kuesioner penelitian tentang dukungan spiritual dan
2. Mohon kesediaan bapak/ibu untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
3. Silahkan mengisi tanda titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang tepat

A. Data Demografi (Identitas Responden)

Nama responden (inisial) :
Usia :
Jenis kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
Status : 1. Sudah menikah
2. Belum menikah
Pendidikan terakhir :

B. Kuesioner Dukungan Spiritual

Petunjuk pengisian

1. Responden diharapkan mengisi pernyataan sesuai petunjuk pengisian dan keadaan yang dirasakan sebesar-besarnya
2. Berilah respon terhadap pernyataan dalam tabel dengan memberikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan persepsi bapak/ibu mengenai pernyataan tersebut

Pilihlah jawaban berupa:

TP : Tidak pernah

K : Kadang-kadang

SR : Sering

S : Selalu

No	Pernyataan	TP	K	SR	S
Hubungan dengan diri sendiri					
1	Saya merasa bahwa iman kepercayaan saya kepada Tuhan menjadikan hidup saya lebih berarti				
2	Iman saya kepada sang pencipta memampukan saya untuk dapat bertahan menghadapi masa-masa sulit di hidup saya				
3	Keyakinan yang saya miliki memberi makna dan tujuan pada hidup saya				
4	Keyakinan saya kepada sang pencipta memberikan ketenangan pikiran bagi saya				
5	Saya merasa dengan adanya iman kepercayaan kepada Tuhan membuat hidup saya lebih bermakna dan berkualitas				
Hubungan dengan sesama					
6	Keluarga saya memberikan semangat dalam beribadah untuk mendekatkan diri kepada Tuhan				
7	Keluarga membantu saya untuk melaksanakan ibadah berdasarkan keyakinan yang saya miliki				
8	Lingkungan sekitar saya memberikan dukungan melalui kegiatan-kegiatan yang bersifat spiritual				
Hubungan dengan lingkungan					
9	Lingkungan sekitar saya membantu saya dalam memberi kekuatan untuk lebih percaya kepada sang pencipta				
10	Kegiatan-kegiatan di lingkungan sekitar saya membuat saya lebih memiliki keyakinan kepada Tuhan				
Hubungan dengan tuhan					
11	Saya percaya hubungan saya dengan Tuhan memberi kekuatan dalam menjalani hidup saya				

12	Saat merasa bahwa berdoa adalah salah satu cara saya untuk menyerahkan segala hidup saya kepada Tuhan				
13	Saya selalu rajin ke tempat ibadah sebagai tanda bahwa saya percaya dan berpasrah kepada Tuhan atas hidup saya				

C. Kuesioner Kecemasan Halminton Anxiety Rating Scale (HARS)

Petunjuk pengisian

1. Responden diharapkan mengisi pernyataan sesuai petunjuk pengisian dan keadaan yang dirasakan sebesar-besarnya
2. Berilah respon terhadap pernyataan dalam tabel dengan memberikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan persepsi bapak/ibu mengenai pernyataan tersebut
   0 = Tidak cemas (tidak ada gejala sama sekali)
   1 = Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada)
   2 = Sedang (separuh dari gejala yang ada)
   3 = Berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada)
   4 = Sangat berat (semua gejala ada)
3. Sebelum mengumpulkan kuesioner mohon memeriksa kembali jawaban dari kuesioner yang sudah terisi
4. Jika dirasa kurang mengerti bisa ditanyakan kepada peneliti

No	Gejala	0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas ☐ Firasat buruk ☐ Takut akan pikiran sendiri Mudah tersinggung					
2	Ketegangan ☐ Merasa tegang ☐ Lesu ☐ Mudah terkejut ☐ Tidak dapat istirahat dengan nyenyak ☐ Mudah menangis ☐ Gemetar Gelisah					
3	Ketakutan ☐ Pada gelap ☐ Ditinggal sendiri ☐ Pada orang asing Pada keramaian lalu lintas ☐ Pada kerumunan banyak orang					

4	Gangguan tidur ☐ Sukar memulai tidur ☐ Terbangun malam hari ☐ Tidak pulas ☐ Mimpi buruk ☐ Mimpi yang menakutkan					
5	Gangguan kecerdasan ☐ Daya ingat buruk ☐ Sulit berkonsentrasi ☐ Sering bingung					
6	Perasaan depresi ☐ Kehilangan minat ☐ Sedih ☐ Bangun dini hari ☐ Berkurangnya kesukaan pada hobi ☐ Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7	Gejala somatik (otot-otot) ☐ Nyeri otot ☐ Kaku ☐ Kedutan ☐ Gigi gemertak ☐ Suara tak stabil					
8	Gejala sensorik (sistem saraf) ☐ Telinga berdengung ☐ Penglihatan kabur ☐ Muka merah dan pucat ☐ Merasa lelah ☐ Perasaan ditusuk-tusuk					
9	Gejala kardiovaskular ☐ Denyut nadi cepat ☐ Berdebar-debar ☐ Nyeri dada ☐ Denyut nadi mengeras ☐ Rasa lemah seperti mau pingsan ☐ Detak jantung berhenti sekejap					
10	Gejala pernapasan ☐ Rasa tertekan di dada ☐ Perasaan tercekik ☐ Sesak napas/napas pendek					

	☐ Sering menarik napas panjang					
	Gejala gastrointestinal ☐ Sulit menelan ☐ Mual muntah ☐ Berat badan menurun ☐ Sulit BAB ☐ Perut melilit ☐ Gangguan percenaan ☐ Nyeri pada lambung sebelum/sesudah makan ☐ Rasa panas diperut ☐ Perut terasa penuh/kembung					
	Gejala urogenitalia (sistem organ reproduksi) ☐ Sering kencing ☐ Tidak dapat menahan kencing ☐ Menstruasi yang tidak teratur ☐ Frigiditas (hilangnya ketertarikan seksual pada pasangan)					
	Gejala vegetatif/otonom ☐ Mulut kering ☐ Muka kering ☐ Mudah bekeringat ☐ Pusing/sakit kepala ☐ Bulu roma berdiri					
	Apakah responden merasakan ☐ Gelisah ☐ Tidak terang ☐ Mengerutkan dahi/muka tegang ☐ Ketegangan otot meningkat ☐ Napas pendek dan cepat Muka merah					

Jumlah Penilaian/Skor: Kesimpulan:

- ☐ Tidak ada kecemasan
- ☐ Kecemasan ringan
- ☐ Kecemasan sedang
- ☐ Kecemasan berat

Lampiran 4

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-59 Tahun	40	61.5	61.5	61.5
	≥60 Tahun	25	38.5	38.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	56	86.2	86.2	86.2
	Laki-laki	9	13.8	13.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	53	81.5	81.5	81.5
	Belum Menikah	12	18.5	18.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	6.2	6.2	6.2
	SMP	24	36.9	36.9	43.1
	SMA	33	50.8	50.8	93.8
	Perguruan Tinggi	4	6.2	6.2	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Kategori Dukungan Spiritual Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	20	30.8	30.8	30.8
	Sedang	38	58.5	58.5	89.2
	Tinggi	7	10.8	10.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Kategori Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	31	47.7	47.7	47.7
	Sedang	18	27.7	27.7	75.4
	Berat	16	24.6	24.6	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

Kategori Dukungan Spiritual Keluarga * Kategori Kecemasan Crosstabulation
Count

		Kategori Kecemasan			
		Ringan	Sedang	Berat	Total
Kategori Dukungan Spiritual Keluarga	Rendah	1	4	15	20
	Sedang	24	13	1	38
	Tinggi	6	1	0	7
Total		31	18	16	65

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standard Error[a]	Approximate T[b]	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Gamma	-.905	.064	-7.968	<,001
N of Valid Cases		65			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

	Karakteristik Responden					Kuesioner Dukungan Spiritual Keluarga														Kuesioner Kecemasan													
No.	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pendidikan	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total	Kategori	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	Total	Kategori
1	Ny. N	1	1	1	2	3	2	1	3	1	3	3	1	1	1	2	1	3	25	Rendah	2	2	1	0	2	0	2	0	3	0	2	0	1	0	15	Ringan
2	Ny. S	2	1	1	3	3	4	4	1	1	2	2	1	4	3	1	4	2	32	Sedang	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	14	Ringan
3	Ny. L	2	1	1	3	4	1	3	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	45	Tinggi	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	12	Ringan
4	Ny. R	2	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	3	3	2	25	Rendah	1	2	2	1	2	1	3	3	3	3	3	3	1	4	32	Berat
5	Tn A	1	2	2	3	4	2	3	3	3	4	3	4	4	3	1	4	4	42	Tinggi	1	3	2	3	3	2	1	0	0	1	1	1	1	1	20	Sedang
6	Ny. Hs	1	1	1	3	4	1	4	2	1	1	3	1	3	3	2	1	3	29	Sedang	2	3	2	1	2	3	3	1	0	2	3	2	1	2	27	Sedang
7	Ny. A	1	1	1	2	1	1	2	2	4	4	2	1	4	2	4	2	4	33	Sedang	1	1	0	1	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	14	Ringan
8	Ny. I	2	1	1	2	1	1	4	4	3	1	1	4	4	4	4	2	3	36	Sedang	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	Ringan
9	Ny. Z	2	1	1	3	1	2	1	1	4	2	1	4	3	2	3	4	4	32	Sedang	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
10	Ny. H	2	1	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	3	3	44	Tinggi	1	0	0	1	1	1	2	2	2	2	1	0	1	0	14	Ringan
11	Ny. A	1	1	2	1	3	1	1	1	4	2	1	3	4	3	1	3	2	29	Sedang	2	2	4	3	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	31	Berat
12	Ny. S	2	1	1	2	1	1	1	1	4	1	2	4	1	4	1	4	2	27	Rendah	2	2	0	3	1	2	2	1	2	2	0	1	2	3	23	Sedang
13	Ny. AB	2	1	1	3	3	1	4	4	1	4	1	2	3	1	1	2	2	29	Sedang	1	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	0	2	0	26	Sedang
14	Ny. N	1	1	1	1	4	2	1	2	2	4	1	3	4	4	4	2	1	34	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	13	Ringan
15	Ny. S	1	1	1	2	1	4	4	2	1	4	3	1	2	3	4	3	4	36	Sedang	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
16	Ny. L	1	2	1	3	1	4	4	2	4	4	3	3	1	4	1	1	1	33	Sedang	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1	16	Ringan
17	Ny. R	1	1	1	3	1	4	2	1	4	2	4	1	4	4	1	2	2	32	Sedang	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	24	Sedang
18	Ny. M	1	1	1	3	3	3	1	1	2	1	3	3	2	3	3	1	1	27	Rendah	1	2	2	1	1	1	3	1	1	3	3	3	2	3	27	Sedang
19	Ny. Hs	1	1	1	2	1	4	1	2	1	4	4	1	3	3	4	4	2	34	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
20	Ny. A	1	1	1	3	4	2	1	1	4	1	2	4	3	1	4	3	1	31	Sedang	2	2	1	1	2	3	2	0	0	1	3	2	1	0	20	Sedang
21	Ny. I	2	1	2	2	4	2	4	4	2	4	3	2	1	3	1	4	1	35	Sedang	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	Ringan
22	Ny. Z	1	1	1	2	2	1	1	1	3	3	1	1	3	3	2	3	1	25	Rendah	1	3	2	1	2	1	3	2	4	4	1	3	1	4	32	Berat
23	Ny. H	1	1	1	3	4	1	4	2	1	2	1	4	1	4	4	2	3	33	Sedang	1	2	0	1	1	1	1	0	2	2	1	2	1	0	15	Ringan
24	Tn. A	1	2	1	3	3	2	2	3	1	1	1	3	1	1	3	3	2	26	Rendah	2	3	2	1	3	1	2	2	1	2	3	2	2	3	29	Berat
25	Ny. S	1	1	2	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2	1	4	2	4	42	Tinggi	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	2	2	1	1	13	Ringan
26	Ny. AB	2	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1	4	2	4	25	Rendah	1	3	2	2	3	2	2	4	1	3	1	3	1	4	32	Berat
27	Ny. N	1	1	1	3	1	1	2	2	1	3	3	1	1	3	3	3	1	25	Rendah	1	3	1	2	2	3	2	4	4	3	3	3	1	3	35	Berat
28	Ny. S	1	1	1	2	4	1	3	3	3	1	1	1	1	2	1	3	1	25	Rendah	2	2	1	1	2	3	3	3	2	4	1	3	3	3	33	Berat
29	Ny. L	2	1	1	2	3	2	1	2	1	3	1	3	1	3	2	1	1	24	Rendah	1	2	2	1	2	3	2	4	3	2	2	3	4	4	35	Berat
30	Ny. R	1	1	1	2	3	2	1	1	4	2	3	1	3	1	1	3	1	26	Rendah	1	2	2	1	2	1	3	3	3	3	1	1	1	4	28	Berat
31	Ny. M	2	1	1	2	1	2	4	4	4	2	1	3	3	3	1	2	4	34	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
32	Ny. Hs	1	1	1	4	4	1	4	4	3	1	1	3	1	2	1	2	4	31	Sedang	2	3	2	1	2	3	3	1	0	1	1	2	3	2	26	Sedang
33	Ny. A	1	1	1	2	3	4	1	1	2	3	4	3	4	3	4	2	1	35	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Ringan
34	Ny. I	2	1	1	3	1	4	4	1	2	1	2	1	4	4	4	4	3	35	Sedang	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	11	Ringan
35	Ny. Z	2	1	1	3	4	1	3	4	1	1	4	4	2	1	1	1	4	31	Sedang	3	3	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	0	0	24	Sedang
36	Ny. H	2	1	2	3	2	3	1	1	1	1	1	3	1	3	3	1	3	24	Rendah	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	1	2	3	3	35	Berat
37	Ny. A	1	1	1	3	2	2	1	3	2	3	1	2	1	3	3	1	3	27	Rendah	1	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	26	Sedang
38	Ny. S	1	1	1	3	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	4	4	2	25	Rendah	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	2	4	4	36	Berat
39	Ny. AB	2	1	1	2	1	1	1	1	4	1	4	3	4	1	4	1	2	28	Sedang	1	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	0	0	2	25	Sedang
40	Tn. N	1	2	1	2	3	1	2	3	1	1	1	1	3	1	3	3	3	26	Rendah	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	1	3	1	2	31	Berat
41	Ny. S	1	1	1	3	3	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	4	2	34	Sedang	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Ringan
42	Ny. L	1	1	1	2	2	2	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	44	Tinggi	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11	Ringan
43	Ny. R	1	1	1	1	4	2	4	3	1	4	1	4	3	1	1	2	1	31	Sedang	3	3	2	2	2	0	2	0	2	2	2	2	1	1	24	Sedang
44	Ny. M	2	1	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	2	2	1	1	1	25	Rendah	1	3	2	1	2	3	2	2	2	4	3	4	1	4	34	Berat
45	Ny. Hs	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	3	3	1	3	3	25	Rendah	2	2	2	2	3	4	2	2	3	4	3	3	1	3	36	Berat
46	Ny. A	2	1	1	3	4	1	1	4	1	1	2	1	1	4	4	4	2	30	Sedang	2	2	1	1	2	3	2	0	0	1	3	2	1	1	21	Sedang
47	Ny. I	1	1	1	4	4	4	1	4	4	4	4	4	1	3	2	4	4	43	Tinggi	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	11	Ringan
48	Tn. Z	1	2	1	3	3	1	3	3	1	1	3	1	3	3	2	2	1	27	Rendah	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	22	Sedang
49	Ny. H	1	1	2	2	4	4	1	4	1	1	3	1	1	4	3	4	1	32	Sedang	2	1	1	3	2	2	2	1	0	1	3	1	1	0	20	Sedang
50	Ny. R	1	1	1	1	4	3	1	1	2	4	2	4	3	4	3	2	2	35	Sedang	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	Ringan
51	Tn. S	2	2	1	3	4	4	4	4	4	1	1	4	1	1	3	1	1	36	Sedang	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	2	1	11	Ringan
52	Tn. AB	2	1	1	2	1	2	1	1	4	3	4	4	4	3	1	4	4	36	Sedang	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	12	Ringan
53	Tn. N	2	1	2	4	3	1	1	3	1	1	2	3	3	2	1	1	3	25	Rendah	2	3	2	2	2	4	2	4	4	3	3	3	1	3	38	Berat
54	Tn. S	2	2	2	4	1	3	4	1	2	1	1	4	4	4	4	4	3	36	Sedang	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
55	Ny. H	2	1	1	3	4	2	4	1	4	4	1	1	2	2	1	2	2	30	Sedang	2	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	22	Sedang
56	Ny. A	2	1	1	2	1	2	2	4	1	4	4	1	4	1	3	1	4	32	Sedang	3	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	25	Sedang
57	Tn. N	1	2	2	2	4	3	4	3	4	1	4	1	1	4	3	1	1	34	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
58	Ny. S	1	1	1	3	1	4	1	4	4	4	3	4	2	1	3	4	1	36	Sedang	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	12	Ringan
59	Ny. L	1	1	1	2	3	1	1	2	3	3	3	1	3	1	2	2	1	26	Rendah	2	3	2	2	2	1	3	3	3	2	2	3	2	3	33	Berat
60	Ny. R	1	1	1	2	1	2	1	4	4	1	4	2	2	3	1	4	4	33	Sedang	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	13	Ringan
61	Ny. M	1	1	1	3	1	4	3	1	1	4	3	3	2	1	3	1	3	30	Sedang	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	23	Sedang
62	Ny. H	1	1	2	3	4	2	2	3	4	4	4	4	2	4	4	3	2	42	Tinggi	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	2	14	Ringan
63	Tn. A	2	2	2	3	1	4	2	1	4	4	4	4	1	4	1	4	1	35	Sedang	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	Ringan
64	Tn. N	1	1	1	3	4	2	1	2	4	2	2	3	1	4	4	4	4	37	Sedang	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	1	11	Ringan
65	Ny. S	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	3	3	4	2	4	1	4	33	Sedang	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12	Ringan

Usia
1 18-59 Tahun
2 ≥60 Tahun

Jenis Kelamin
1 : Perempuan
2 : Laki-laki

Status Pernikahan
1 : Sudah Menikah
2 : Belum Menikah

Pendidikan Terakhir
1 : SD
2 : SMP
3 : SMA
4 : Perguruan Tinggi