

**PERBEDAAN TINGKAT KECEMASAN PADA PERAWAT *HIGH CARE*
UNIT (HCU) DENGAN PERAWAT RAWAT INAP BIASA
DI RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



ANNISA SETIAWATI

G 0008198

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

Surakarta

2011

PENGESAHAN SKRIPSI

**Skripsi dengan judul : Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Perawat *High Care Unit* (HCU) dengan Perawat Rawat Inap Biasa di RSUD
Dr. Moewardi Surakarta**

Annisa Setiawati, NIM : G0008198, Tahun : 2011

Telah diuji dan sudah disahkan dihadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Pada hari Selasa, Tanggal 21 Juni 2011

Pembimbing Utama

Nama : H. A. Djoko Suwito, dr., Sp.KJ

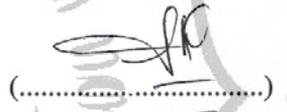
NIP : 19580223 198511 1 001



Pembimbing Pendamping

Nama : Slamet Riyadi, dr., M.Kes

NIP : 19600418 199203 1 001



Penguji Utama

Nama : Yusvick M. Hadin, dr., Sp.KJ

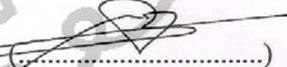
NIP : 19490422 197609 1 001



Anggota Penguji

Nama : Yusup Subagyo S, dr., Sp.P

NIP : 19570315 198312 1 002



Surakarta, 16 NOV 2011

Ketua Tim Skripsi



Muthmainah, dr., M.Kes
NIP. 19660702 199802 2 001



Dekan FK UNS



Prof. Dr. Zainal Arifin Adnan, dr., Sp.PD-KR-FINASIM
NIP. 19510601 197903 1 002

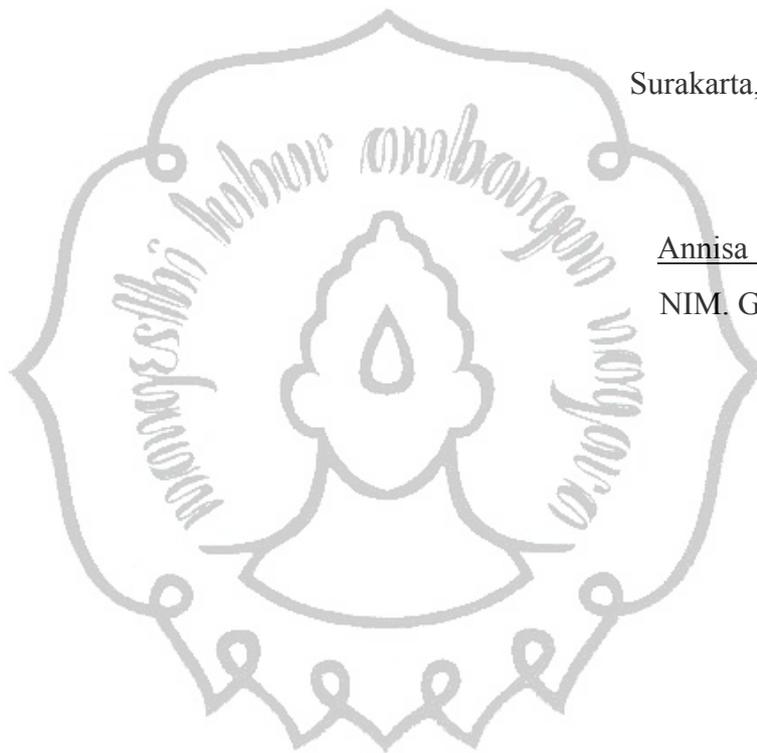
PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Surakarta, Juni 2011

Annisa Setiawati

NIM. G0008198



ABSTRAK

Annisa Setiawati, G0008198, 2011. Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Perawat *High Care Unit* (HCU) dengan Perawat Rawat Inap Biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya perbedaan tingkat kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Metode Penelitian: Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yang dilaksanakan pada bulan Mei 2011 di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Subjek yang digunakan adalah perawat HCU dan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pengambilan sampel dilaksanakan secara *purposive random sampling* dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Data diperoleh dari dua macam kuesioner yaitu LMMPI dan TMAS. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan uji normalitas data Kolmogorov-Smirnov dan uji t melalui program SPSS 17.0 *for Windows*.

Hasil Penelitian: Penelitian ini menunjukkan rerata skor kecemasan pada perawat HCU sebesar 16,6 dan untuk perawat rawat inap biasa 11,8 serta hasil uji t menunjukkan $p = 0,002$.

Simpulan Penelitian: Terdapat perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta di mana perawat HCU cenderung lebih cemas daripada perawat rawat inap biasa.

Kata Kunci: Kecemasan, Perawat

ABSTRACT

Annisa Setiawati, G0008198, 2011. The Differences of Anxiety between *High Care Unit* (HCU) Nurses and Ward Nurses in Dr. Moewardi Hospital Surakarta.

Objectives: This research aims to know the differences of anxiety between *High Care Unit* (HCU) nurses and ward nurses in Dr. Moewardi Hospital.

Methods: This research was an analytical descriptive research using cross sectional approach and had been done in May 2011 in Dr. Moewardi Hospital. The subjects were HCU nurses and ward nurses in Dr. Moewardi Hospital. Data was collected by using purposive random sampling method within inclusion and exclusion criteria. Data was collected from two kind of quotient, LMMPI and TMAS. Data was analyzed using data normality test with Kolmogorov-Smirnov and *t* test through SPSS 17.00 for Windows.

Results: This research showed a mean of anxiety score in HCU nurses of 16,6 and 11,8 for ward nurses. The *t* test showed $p = 0,002$.

Conclusion: This study founded a significant difference of anxiety between *High Care Unit* (HCU) nurses and ward nurses in Dr. Moewardi Hospital where HCU nurses tend to be more anxious than ward nurses.

Keyword: Anxiety, Nurse

PRAKATA

Alhamdulillah, segala puji syukur bagi Allah Subhanahu wa ta'ala yang telah memberikan taufik, hidayah, dan kekuatan serta kesabaran sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan laporan penelitian dengan judul “Perbedaan Tingkat Kecemasan pada Perawat *High Care Unit* (HCU) dengan Perawat Rawat Inap Biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat kelulusan tingkat sarjana di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. Kendala dalam penyusunan skripsi ini dapat teratasi atas pertolongan Allah SWT melalui bimbingan dan dukungan banyak pihak. Untuk itu, perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Zainal Arifin Adnan, dr, Sp.PD-KR, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Muthmainah, dr., M.Kes, selaku Ketua Tim Skripsi beserta Tim Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. H. A. Djoko Suwito, dr., SpKJ, selaku Pembimbing Utama yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan nasihat.
4. Slamet Riyadi, dr., M.Kes, selaku Pembimbing Pendamping yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan nasihat.
5. Yusvick M. Hadin, dr., SpKJ, selaku Penguji Utama yang telah memberikan bimbingan dan nasihat.
6. Yusup Subagyo S, dr., SpP, selaku Anggota Penguji yang telah memberikan bimbingan dan nasihat.
7. Bapak, Ibu, kakak, adik serta seluruh keluarga yang telah memberi dukungan moral, material, serta senantiasa mendoakan untuk terselesaikannya skripsi ini.
8. Semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Meskipun tulisan ini masih belum sempurna, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Saran, pendapat, koreksi, dan tanggapan dari semua pihak sangat diharapkan.

Surakarta, Juni 2011

Annisa Setiawati

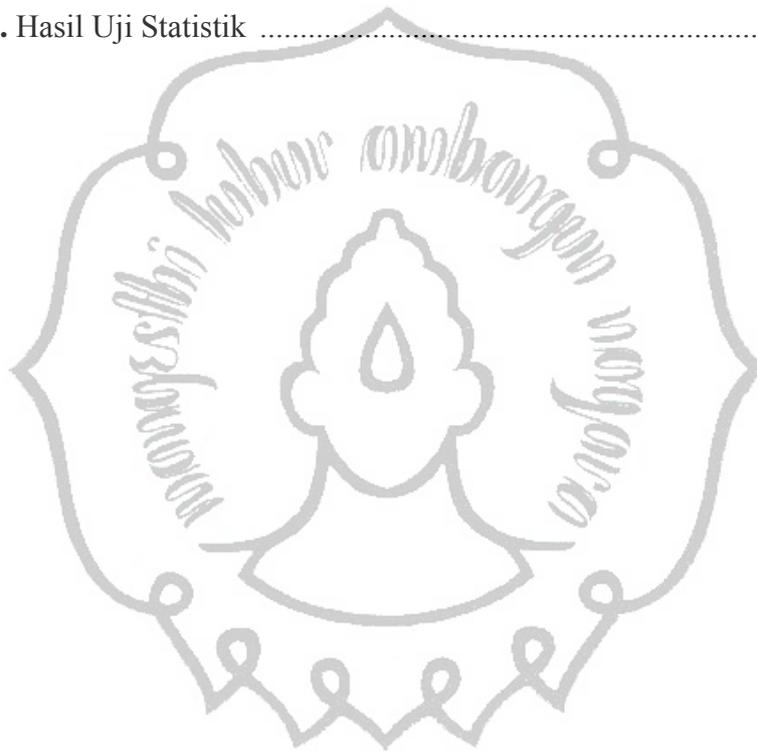
DAFTAR ISI

PRAKATA.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II. LANDASAN TEORI	6
A. Tinjauan Pustaka	6
1. Kecemasan	6
2. Definisi dan Fungsi Perawat	11
3. Kondisi Ruang HCU dan Ruang Rawat Inap Biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta	14
4. Stres dan Penyesuaian Diri	14
5. Hubungan Tingkat Kecemasan terhadap Tugas Kerja Perawat	17
6. <i>Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory (L-MMPI)</i>	18
7. <i>The Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)</i>	18

B. Kerangka Pemikiran	20
C. Hipotesis	21
BAB III. METODE PENELITIAN	22
A. Jenis Penelitian.....	22
B. Lokasi Penelitian.....	22
C. Populasi dan Subjek Penelitian.....	22
D. Teknik Sampling	23
E. Identifikasi Variabel Penelitian.....	24
F. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	25
G. Instrumen Penelitian.....	25
H. Rancangan Penelitian.....	26
I. Cara Kerja	26
J. Teknik Analisis Data.....	27
BAB IV. HASIL PENELITIAN	28
A. Deskripsi Sampel Penelitian	28
B. Analisis Statistika.....	30
BAB V. PEMBAHASAN	33
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN	35
A. Simpulan	35
B. Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Distribusi Sampel Penelitian	28
Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin	28
Tabel 3. Distribusi Sampel Berdasarkan Umur	29
Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Data dengan Kolmogorov-Smirnov <i>test</i>	31
Tabel 5. Hasil Uji Statistik	32



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Pemikiran	20
Gambar 2. Rancangan Penelitian	26
Gambar 3. Perbedaan Rata-Rata Skor TMAS antara Perawat HCU dengan Perawat Rawat Inap Biasa	31



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Kedokteran

Lampiran 2. Surat Keterangan Penelitian dari RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Lampiran 3. Lembar Biodata dan *Informed Consent*

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian L-MMPI

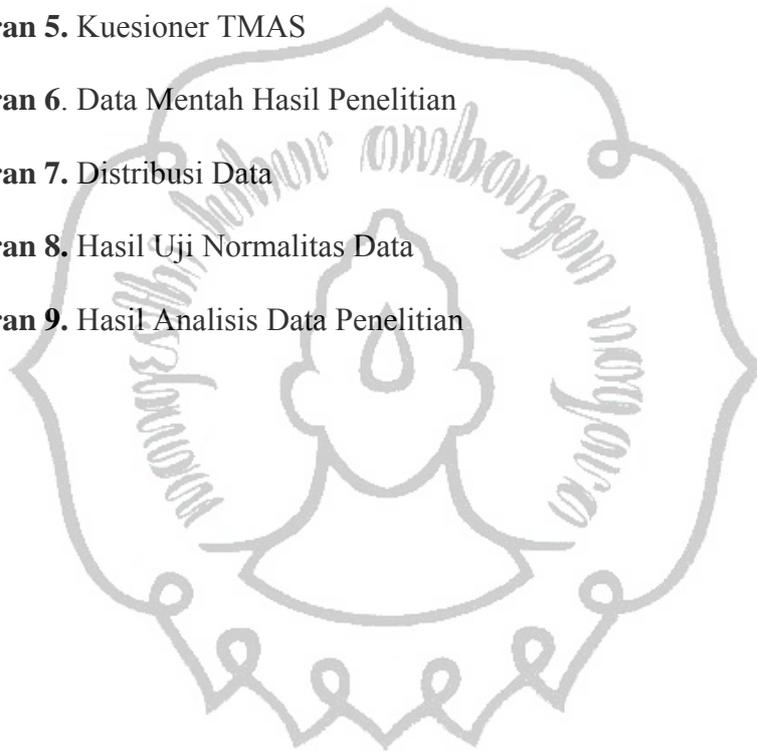
Lampiran 5. Kuesioner TMAS

Lampiran 6. Data Mentah Hasil Penelitian

Lampiran 7. Distribusi Data

Lampiran 8. Hasil Uji Normalitas Data

Lampiran 9. Hasil Analisis Data Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kecemasan merupakan bagian dari kehidupan manusia yang melukiskan kekhawatiran, kegelisahan, ketakutan, dan rasa tidak tenang yang biasanya dihubungkan dengan ancaman bahaya baik dari dalam maupun dari luar individu. Sensasi kecemasan sering dialami oleh hampir semua manusia. Perasaan tersebut ditandai oleh rasa ketakutan yang difus, tidak menyenangkan dan samar-samar. Kecemasan juga ditandai dengan gejala otonomik seperti nyeri kepala, berkeringat, palpitasi, kekakuan pada dada dan gangguan lambung ringan. Kumpulan gejala tertentu yang ditemukan selama kecemasan cenderung bervariasi setiap individu (Kaplan dan Sadock, 2000).

Kecemasan merupakan gejala yang normal pada manusia dan disebut patologik bila gejalanya menetap dalam jangka waktu tertentu dan mengganggu ketenangan individu. Kecemasan sangat mengganggu homeostasis dan fungsi individu, sehingga perlu dihilangkan dengan berbagai macam penyesuaian (Maramis, 2005).

Baru-baru ini, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam Survei Kesehatan Mental Dunia, mewawancarai 60.463 orang dewasa yang tinggal di 14 negara. Studi ini memperkirakan prevalensi gangguan suasana hati selama 12 bulan di negara-negara maju di antaranya 3,1 % di Jepang dan

9,6 % di Amerika Serikat, serta gangguan kecemasan 5,3 % dan 18,2 % (Nandi dkk, 2009). Di Indonesia (2000) sendiri, penelitian seberapa banyak penderita kecemasan belum ada. Namun, dari pengamatan dari waktu ke waktu, kasus-kasus gangguan kejiwaan yang tergolong kecemasan semakin bertambah. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan jumlah kunjungan pasien yang berobat di pusat-pusat pelayanan kesehatan jiwa serta berobat ke dokter (psikiater) (Hawari, 2008).

Kecemasan dapat juga terjadi pada seorang perawat di mana tugasnya difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga perawat dapat mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati. Perawat adalah seseorang yang telah mengikuti pendidikan formal keperawatan yang telah disahkan Pemerintah Republik Indonesia untuk menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan yaitu memberikan pelayanan keperawatan secara profesional dan sesuai kode etik keperawatan (Ali, 2002).

Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta terdapat dua pelayanan pada pasien, yaitu rawat jalan dan rawat inap. Rawat inap terdiri dari lima kelompok yaitu *one day care*, paviliun, rawat inap biasa, HCU, dan *Intensif Care Unit* (ICU). Dalam hal ini peneliti hanya meneliti tingkat kecemasan pada perawat yang melayani pasien di HCU dan rawat inap biasa karena beberapa alasan yaitu di ruang *one day care* jumlah perawat hanya sedikit dan tidak ada perawat tetap, di paviliun ruangan tidak boleh untuk praktik dan penelitian mahasiswa, serta di ICU jumlah perawatnya terbatas yaitu sekitar

18 perawat. Sedangkan di HCU dan rawat inap biasa, ruangan dapat digunakan untuk penelitian mahasiswa dan jumlah perawat bisa memenuhi untuk dilakukan penelitian.

Perawat HCU adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat pasien dengan gangguan pada sistem respirasi dan hemodinamik, tetapi masih memiliki kesadaran yang stabil namun memerlukan pengobatan, perawatan, observasi dan *monitoring* secara terus menerus. Pasien yang dirawat di HCU adalah pasien dengan kegawatan tinggi atau *critical care* yang memiliki tingkat ketergantungan penuh pada perawat atau *total care*. Kondisi ini merupakan salah satu *stressor* timbulnya kecemasan perawat (Maryono, 2009). Semakin gawat penyakit seseorang, maka memerlukan perawatan yang lebih intensif.

Perawat rawat inap biasa adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat [pasien](#) yang diinapkan di ruang rawat inap biasa di rumah sakit yang memiliki tingkat ketergantungan pada perawat rendah atau *minimal care*. Berdasarkan perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan rawat inap di RSUD Dr. Moewardi, rasio jumlah perawat tidak sebanding dengan jumlah pasien sehingga beban kerja perawat menjadi *overload* atau berlebih. Hal ini dimungkinkan menjadi penyebab timbulnya kecemasan pada perawat karena seorang perawat harus merawat lebih dari satu, yang tidak sesuai dengan rasio perbandingan kebutuhan tenaga perawat dan pasien. Jika kecemasan tersebut terjadi, dapat menurunkan kinerja

perawat sehingga kesembuhan pasien menjadi lebih lama dan pelayanan menjadi tidak memuaskan.

Dengan latar belakang di atas dan didukung dengan belum adanya penelitian tentang tingkat kecemasan pada perawat HCU dan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi, hal tersebut menjadi perhatian peneliti sehingga peneliti tertarik untuk meneliti perbedaan tingkat kecemasan pada perawat HCU dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Adakah perbedaan tingkat kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya perbedaan tingkat kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang perbedaan kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di rumah sakit.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam dunia kedokteran untuk menanggulangi kecemasan pada perawat dalam tugasnya, sehingga produktifitas kerja perawat lebih baik dan pelayanan kesehatan pasien lebih memuaskan.



BAB II LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan merupakan ketegangan, rasa tidak aman dan kekhawatiran yang timbul karena dirasakan akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan, tetapi sumbernya sebagian besar tidak diketahui dan manifestasi kecemasan dapat melibatkan somatik dan psikologis (Maramis, 2005).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal (Hawari, 2008).

Kecemasan atau *anxietas* adalah rasa khawatir, takut, yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku (Gunarsa, 2008).

b. Epidemiologi

Kecemasan dapat terjadi pada siapa saja. Sejumlah besar *survey* epidemiologi telah menunjukkan prevalensi tinggi gangguan *mood* dan kecemasan di populasi umum. Penelitian yang dilakukan oleh Kadri (2007), prevalensi gangguan kecemasan suatu populasi di

wilayah Casablanca, Maroko pada 800 orang, 25,5 % memenuhi kriteria minimal satu gangguan kecemasan saat ini: gangguan panik (2 %), agrofobia (7,6 %), Gangguan Ansietas Fobik (3,4 %), Gangguan Obsesif-kompulsif (6,1 %), Gangguan Stres Pasca Trauma (3,4 %), dan Gangguan Cemas Menyeluruh (4,3 %). Usia rata-rata pada onset pertama biasanya di awal hingga dewasa tengah. Angka lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki di semua negara (Kadri, 2007).

Wanita lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding laki-laki. Laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan wanita lebih sensitive. Selain itu laki-laki berfikir lebih rasional dibandingkan dengan wanita yang berfikir cenderung emosional. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibandingkan wanita (Trismiati, 2004).

c. Etiologi

Sebab-sebab kecemasan menurut Ngemron dan Masudi (2001) antara lain:

- 1) Ketakutan terus menerus karena kesusahan dan kegagalan yang bertumpuk-tumpuk.
- 2) Menurut Freud adanya keinginan atau pikiran dari alam bawah sadar yang tidak dapat dipresepsikan, hingga ditekan ke alam bawah sadar dan tidak mampu diterima lagi.

3) Menurut Adler adanya kecenderungan menonjolkan diri yang terhalangi.

Menurut Horney, sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan bersifat lebih umum, dapat berasal dari berbagai kejadian dalam kehidupan atau dalam diri seseorang itu sendiri (Trismiati, 2004).

d. Patofisiologi

Kehidupan manusia selalu dipengaruhi oleh rangsangan dari luar seperti *stressor* serta dari dalam berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsangan tersebut dipresepsi oleh panca indera kemudian diteruskan dan direspon oleh system saraf pusat, sesuai pola hidup setiap individu. Bila yang dipresepsi adalah ancaman, maka responnya adalah suatu kecemasan. Di dalam system saraf pusat, proses tersebut melibatkan jalur *Cortex cerebri – Limbic system – Reticular Activating System (RAS) – Hypothalamus* yang memberikan impuls kepada kelenjar hipofise untuk mensekresi mediator hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal, yang kemudian memacu sistem saraf otonom melalui mediator hormonal lain (*catecholamine*). Hiperaktifitas sistem saraf otonom menyebabkan timbulnya kecemasan (Mudjadid, 2006). Pada penderita dengan gangguan kecemasan terdapat petunjuk adanya gangguan pada reseptor serotonin tertentu yaitu 5HT-1A, namun

terbatas pada penderita dengan hipersekresi kortisol atau yang menunjukkan manifestasi berupa stres berat (Drevets *et al.*, 2008).

e. Gejala

Kecemasan dapat mengurangi daya ingat dan kemampuan kapasitas kerja. Meskipun terdapat penurunan efisiensi kerja, tetapi tidak ada perubahan efektifitas kerja (William *et al.*, 2002).

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis.

Gejala somatik berupa:

- 1) Keringat berlebih.
- 2) Ketegangan pada otot skelet: sakit kepala kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergemetar, nyeri punggung.
- 3) Sindrom hiperventilasi: sesak nafas, pusing, parastesi.
- 4) Gangguan fungsi gastrointestinal: nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.
- 5) Iritabilitas kardiovaskular: hipertensi, takikardi.
- 6) Disfungsi genitourinaria: sering buang air kecil, sakit saat berkemih.

Gejala psikologis berupa:

- 1) Gangguan *mood*: sangat sensitif, mudah marah, mudah sedih.
- 2) Kesulitan tidur: insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.
- 3) Kelelahan dan mudah capek.

- 4) Kehilangan motivasi dan minat.
- 5) Perasaan-perasaan tidak nyata.
- 6) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tidak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- 7) Berpikiran kosong dan tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.
- 8) Kikuk, canggung, koordinasi buruk.
- 9) Tidak bisa membuat keputusan.
- 10) Gelisah.
- 11) Kehilangan kepercayaan diri.
- 12) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- 13) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- 14) Terus-menerus memeriksa segala sesuatu yang sudah dilakukan (Conley, 2006).

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gangguan kecemasan harus memperhatikan prinsip holistik (menyeluruh) dan eklitik (mendetail) yaitu meliputi aspek organo-biologik, aspek psiko-edukatif dan aspek sosio-kultural (Mudjaddid, 2006).

Terapi psikofarmaka juga dapat digunakan sebagai penatalaksanaan gangguan kecemasan. Obat yang biasa digunakan oleh psikiater adalah obat anti cemas (*anxyolytic*) dan obat anti depresi (*antidepressant*) yang juga berkhasiat sebagai obat anti stres. Cara kerja psikofarmaka ini adalah dengan jalan memutuskan sirkuit

psikoneuroimunologi sehingga *stressor* psikososial yang dialami seseorang tidak lagi mempengaruhi fungsi kognitif, afektif, psikomotorik dan organ-organ tubuh (Hawari, 2008).

2. Definisi dan Fungsi Perawat

Definisi perawat menurut *International Council of Nursing* (1965), perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien. (Ali, 2002)

Berdasarkan Permenkes No. HK.02.02/MENKES/148/2010, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Fungsi perawat menurut Phaneuf (1972) meliputi:

- a. Melaksanakan instruksi dokter.
- b. Observasi gejala dan respon pasien yang berhubungan dengan penyakit dan penyebabnya.
- c. Memantau pasien, menyusun, dan memperbaiki rencana keperawatan secara terus-menerus berdasarkan pada kondisi dan kemampuan pasien.
- d. Supervisi semua pihak yang ikut terlibat dalam perawatan pasien.
- e. Mencatat dan melaporkan keadaan pasien.

- f. Melaksanakan prosedur dan teknik keperawatan.
- g. Memberikan pengarahan dan penyuluhan untuk meningkatnya kesehatan fisik dan mental (Ali, 2002).

Dalam penelitian ini, peneliti meneliti terhadap dua kelompok perawat:

a. Perawat *High Care Unit* (HCU)

Perawat HCU adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat pasien dengan gangguan pada sistem respirasi dan hemodinamik, tetapi masih memiliki kesadaran yang stabil namun memerlukan pengobatan, perawatan, observasi dan *monitoring* secara terus-menerus. Pada prinsipnya tingkat ketergantungan pasien terhadap perawat bersifat *total care*. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2010), pelayanan HCU meliputi pemantauan pasien secara ketat, menganalisis hasil pemantauan serta melakukan tindakan medik dan asuhan keperawatan. Ruang lingkup pemantauan yang harus dilakukan antara lain:

- 1) Tingkat kesadaran.
- 2) Fungsi pernapasan dan sirkulasi dengan interval waktu minimal empat jam atau disesuaikan keadaan pasien.
- 3) Oksigenasi dengan menggunakan oksimeter secara terus menerus.
- 4) Keseimbangan cairan interval waktu minimal delapan jam atau disesuaikan dengan keadaan pasien.

Rasio jumlah perawat di HCU rata-rata lebih banyak dibanding jumlah pasien. Perhitungan jumlah perawat ini mengacu pada buku Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit (Depkes RI, 2002), di mana cara perhitungannya berdasarkan:

- 1) Tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus.
- 2) Rata-rata jumlah pasien per hari.
- 3) Jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien.
- 4) Jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari.
- 5) Jam kerja efektif setiap perawat (7 jam/hari).

Rata-rata pengawasan perawatan terhadap pasien HCU adalah 10 jam/hari, sehingga jumlah perawat dapat dihitung dengan rumus:

$$\frac{\text{rata-rata jumlah pasien/hari} \times \text{rata-rata pengawasan perawatan pasien (10 jam)}}{\text{jam kerja efektif/hari (7jam)}}$$

(Tim RSDM, 2008)

b. Perawat Rawat Inap Biasa

Perawat rawat inap biasa adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat [pasien](#) yang diinapkan di ruang rawat inap biasa di rumah sakit yang memiliki tingkat ketergantungan pada perawat rendah atau *minimal care*. Rumus perhitungan jumlah perawat di rawat inap biasa sama dengan perhitungan jumlah perawat di HCU. Perbedaannya hanya terletak pada rata-rata pengawasan perawatan terhadap pasien di rawat inap biasa adalah 3,5 jam/hari. Jika dihitung dengan rata-rata perawatan tersebut, maka rasio jumlah

perawat di RSUD Dr. Moewardi tidak sebanding dengan jumlah pasien sehingga beban kerja perawat menjadi *overload* atau berlebih (Tim RSDM, 2008).

3. Kondisi Ruang HCU dan Ruang Rawat Inap Biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta

Terdapat beberapa perbedaan antara ruang HCU dengan ruang rawat inap biasa di rumah sakit. Di ruang HCU jumlah tempat tidur pasien terbatas dan di setiap tempat tidur terdapat *bedset monitor*, obat-obat kedaruratan lengkap, tenaga keperawatan selalu memonitor pasien, serta pemeriksaan *vital sign* dilakukan setiap 15 menit atau sewaktu-waktu. Sedangkan di ruang rawat inap biasa, jumlah tempat tidur lebih banyak, tidak ada *bedset monitor*, kesediaan obat-obat kedaruratan terbatas, serta pemeriksaan *vital sign* dilakukan 3 kali sehari atau sewaktu-waktu. Tenaga keperawatan di ruang rawat inap biasa tidak selalu memonitor pasien dan pada umumnya pasien selalu ditunggu oleh anggota keluarganya (Tim RSDM, 2011).

4. Stres dan Penyesuaian Diri

Stres adalah segala masalah atau tuntutan penyesuaian diri dan merupakan sesuatu yang mengganggu keseimbangan manusia. Menurut Dhabar dan McEwen stres adalah suatu kumpulan kejadian yang terdiri dari stimulus (stresor) yang mencetuskan suatu reaksi di dalam otak

(proses dan persepsi stres) yang mengaktivasi sistem *fight or flight* fisiologis di dalam tubuh (respon stres). Bila individu tersebut mampu mengatasi dengan baik maka akan tercipta pengaruh adaptif yang menyehatkan, tetapi jika individu tersebut tidak dapat mengatasi dan stres tersebut berlangsung lama maka akan muncul gangguan pada individu tersebut.

Dhabar dan Mc Ewen membagi respon stres dan pengaruhnya terhadap sistem imun yaitu :

a. Eustres atau stres akut

Stres yang bertahan selama beberapa menit sampai jam atau suatu kondisi stres jangka pendek yang dapat menghasilkan peningkatan imun dalam kondisi fisiologis diikuti respon cepat penghentian stresor dengan kata lain eustres memiliki manfaat pada tubuh.

b. Distres atau stres kronis

Stres berkepanjangan dan berulang-ulang bertahan selama beberapa jam sehari dalam waktu yang lama (umumnya beberapa bulan sampai tahun) yang dapat menghasilkan disregulasi atau supresi fungsi imun. Ciri penting stres kronis adalah respon fisiologis yang menetap lama setelah stresor berhenti atau teraktivasi secara berulang menghasilkan suatu peningkatan pemaparan yang terintegrasi hormon stres.

Penyesuaian diri adalah suatu interaksi pada individu yang kontinyu dengan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan di sekitar individu tersebut untuk menyelaraskan diri dengan lingkungan sehingga dapat mencapai keseimbangan dan keharmonisan dalam hidupnya untuk memenuhi tuntutan sosial. Ketiga faktor dengan individu tersebut memiliki interaksi yang bersifat timbal balik saling mempengaruhi (Semiun, 2010).

Meskipun memiliki kekurangan-kekurangan kepribadian, orang yang dapat menyesuaikan diri dengan baik dapat bereaksi secara efektif terhadap situasi-situasi yang berbeda, dapat memecahkan konflik, frustrasi dan masalah tanpa menggunakan tingkah laku simptomatik seperti kecemasan kronis, obsesi atau gangguan psikofisiologis (Semiun, 2010). Penyesuaian diri ini merupakan suatu kondisi perubahan pada individu yang melalui suatu proses dan tidak berlangsung sekaligus. Intensitas terlibatnya individu dalam suatu interaksi di lingkungan dapat meningkatkan kompetensi sosial yang berakibat individu tersebut dapat lebih baik menempatkan diri di berbagai situasi (Al-Mighwar, 2006).

Masalah penyesuaian atau keadaan stres dapat bersumber pada frustrasi, konflik, tekanan atau krisis. Adanya masalah-masalah tersebut menimbulkan daya tahan stres atau nilai ambang stres frustrasi, yang di setiap individu berbeda-beda tergantung keadaan somato-psiko-sosial individu tersebut (Maramis, 2005). Selain daya tahan stres, kemampuan individu dalam menangani keadaan stres menimbulkan mekanisme penyesuaian psikologik yang berbeda-beda. Keadaan individu kembali

pada keadaan seimbang setelah terpapar stres tergantung pada gaya pegas atau *resilience* yaitu kapasitas cadangan dari sistem psikofisiologis untuk pulih dari kondisi tantangan. Penyesuaian diri melalui mekanisme pembelaan psikologik:

a. *Task oriented*

Cara ini bertujuan menghadapi tuntutan secara sadar, realistik, objektif dan rasional. Penyesuaian diri dengan orientasi pada tugas ini menghadapi stres secara terang-terangan, menaruh diri dengan tidak mau berusaha lagi ataupun dengan kompromi.

b. *Ego defence oriented*

Penyesuaian diri ini bertujuan melindungi diri, meringankan ketegangan, menghilangkan kecemasan yang menyakitkan serta mempertahankan perasaan layak serta harga diri. Mekanisme ini tidak realistik menanggulangi masalah, mengandung banyak unsur penipuan diri sendiri dan sebagian besar bekerja secara tidak disadari. Di antaranya melalui fantasi, penyangkalan, rasionalisasi, represi dan lain-lain (Dhabar dan McEwen, 1997).

5. Hubungan Tingkat Kecemasan terhadap Tugas Kerja Perawat

Kecemasan pada perawat dapat timbul karena adanya stres kerja perawat. Stres kerja merupakan kondisi psikologi yang tidak normal akibat keadaan yang dialami di tempat kerja sehingga dapat

menimbulkan kecemasan (Smet, 2001). Stres kerja terjadi akibat tugas kerja perawat yang beraneka ragam.

Pada perawat HCU, ketergantungan pasien terhadap perawat bersifat *total care*, sehingga seorang perawat harus melakukan perawatan dan *monitoring* terus-menerus terhadap pasien. Sedangkan pada perawat di rawat inap biasa, tidak dilakukan *monitoring* secara intensif, namun tugas kerja setiap perawat berlebih karena rasio jumlah perawat tidak sebanding dengan jumlah pasien. Sehingga, kedua hal tersebut dapat memicu timbulnya kecemasan pada perawat di rumah sakit.

6. *Lie Minnesota Multiphasic Personality Inventory (L-MMPI)*

L-MMPI merupakan skala validitas yang berfungsi untuk mengidentifikasi hasil yang mungkin invalid karena kesalahan atau ketidakjujuran subjek penelitian. Bila responden menjawab "tidak" maka diberi nilai 1. Nilai batas skala adalah 10, artinya apabila responden mempunyai nilai ≥ 10 , maka data hasil penelitian responden tersebut dinyatakan invalid (Graham, 1990; Butcher, 2005).

7. *The Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)*

TMAS merupakan alat yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan melalui observasi yang disusun oleh Janet Taylor. Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi pula tingkat kecemasannya (Murniasih dan Rahmawati, 2007). Item dipilih dari

MMPI yang asli dan dikembangkan 50 butir pertanyaan dengan pilihan jawaban ya atau tidak (Antony dkk., 2001).

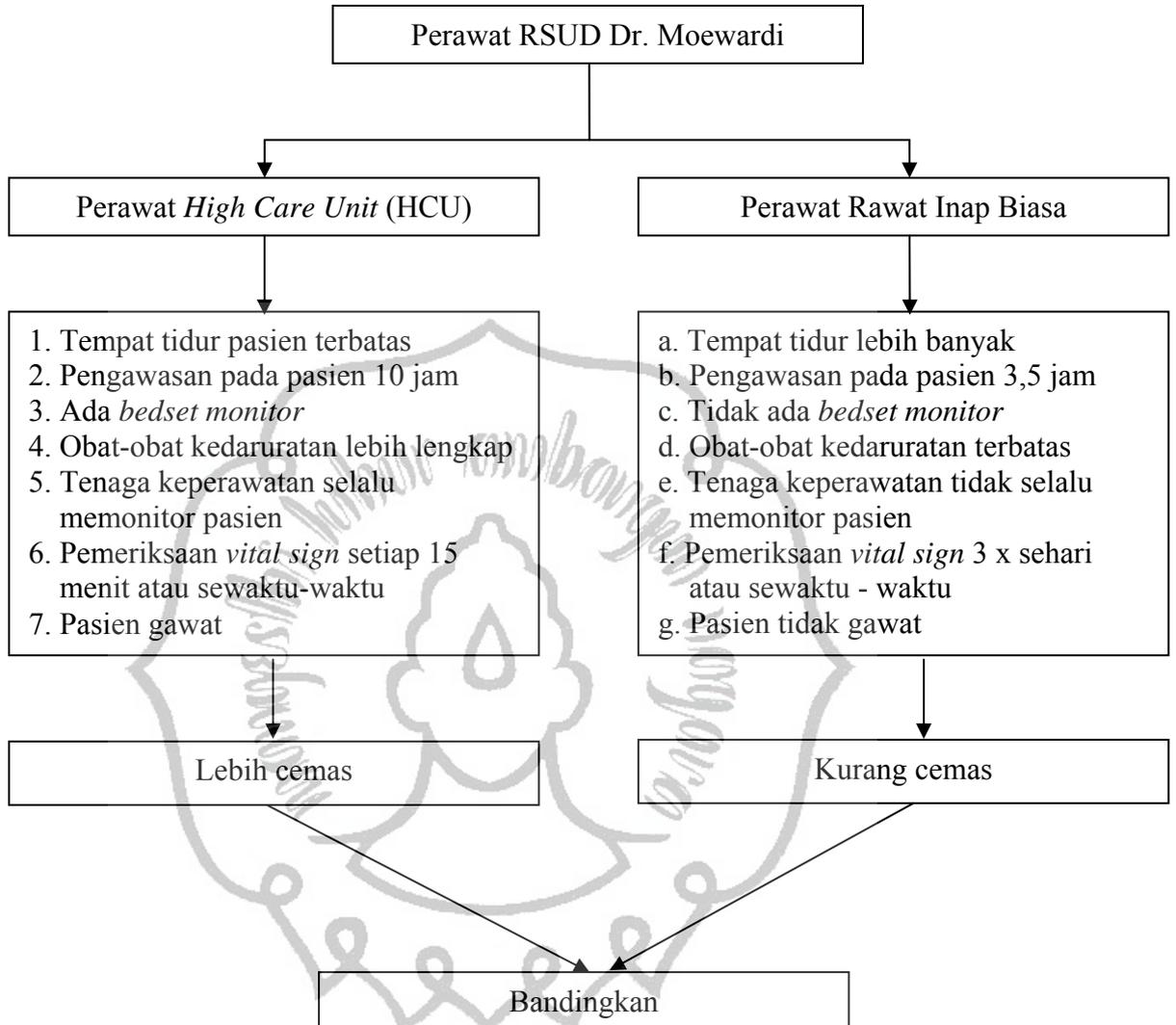
Manifest Anxiety dari Taylor (TMAS) telah divalidasi penggunaannya di Indonesia dengan hasil baik. Nilai batas pemisah skor TMAS 22/23, sensitivitas cukup tinggi yaitu 90 %, spesivitasnya 95 %, dan efektifitas diagnosis 92,5 %. Skala ini terdiri dari 2 bagian:

- a. Butir-butir pertanyaan yang sesuai untuk kecemasan/*favorable* yaitu nomor 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49 (35 butir).
- b. Butir-butir pertanyaan yang tidak sesuai untuk kecemasan/*unfavorable* yaitu nomor 1, 3, 4, 9, 12, 15, 18, 20, 25, 29, 35, 38, 43, 44, 50 (15 butir) (Sudiyanto, 2003).

Jawaban yang *favorable* diberi skor 1 dan jawaban yang *unfavorable* diberi skor 0. Kemudian seluruh skor dijumlahkan, sebagai *cut of point* adalah jika skor < 21 berarti tidak cemas dan jika skor ≥ 21 berarti cemas (Azwar, 2007).

Keuntungan memakai TMAS yaitu waktu pemeriksaan yang relatif cepat, dan penilaian dilakukan oleh responden sendiri, karena responden sendiri yang tahu keadaan sebenarnya (Murniasih dan Rahmawati, 2007).

B. Kerangka Pemikiran



Gambar 1. Kerangka Pemikiran

C. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, di mana kecemasan perawat HCU lebih tinggi dari pada perawat rawat inap biasa.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Yang dimaksud dengan penelitian analitik yaitu penelitian yang hasilnya tidak hanya berhenti pada taraf pendeskripsian, akan tetapi dilanjutkan sampai taraf pengambilan simpulan yang dilakukan dengan menggunakan uji statistik untuk menganalisis data yang diperoleh. Yang dimaksud dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian dengan pengumpulan data yang dilakukan hanya satu kali pada saat yang sama untuk menjawab suatu pertanyaan penelitian (Arief, 2004).

B. Lokasi Penelitian

Lokasi yang dijadikan sebagai objek penelitian adalah di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

C. Populasi dan Subyek Penelitian

Dalam penelitian ini, populasinya adalah perawat HCU dan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Subjek penelitian ini mempunyai kriteria:

1. Kriteria inklusi:
 - a. Perawat HCU dan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.
 - b. Usia 25-56 tahun.

c. Sudah bekerja > 3 bulan.

2. Kriteria eksklusi:

a. Skor L-MMPI \geq 10, data dinyatakan invalid karena sampel dianggap tidak jujur.

b. Sedang menderita penyakit berat baik fisik maupun jiwa.

c. Menolak mengikuti penelitian.

d. Obesitas.

e. Sedang terjadi kematian anggota keluarga dalam dua minggu terakhir.

D. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive random sampling*. *Purposive* karena sampel dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2005).

Setelah dilakukan pencuplikan secara *purposive sampling* dilanjutkan pencuplikan dengan metode *random sampling* (Murti, 2006). Untuk mendapatkan sampel yang mewakili karakteristik populasi, kuantitasnya dapat ditentukan dengan rumus ukuran sampel penelitian *cross sectional* sebagai berikut (Arief, 2004) :

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,1) \cdot (0,9)}{(0,1)^2} = 34,5 \text{ perawat, dibulatkan menjadi } 35 \text{ perawat}$$

Keterangan :

Z_{α} : nilai statistik Z pada kurva normal standar, pada tingkat kemaknaan α yaitu 1,96.

P : perkiraan prevalensi kecemasan berdasarkan *survey* di Indonesia 10 %.

q : 1-p

d : presisi absolut yang dikehendaki pada kedua proporsi populasi, misalnya ± 10 %.

Dari perhitungan tersebut maka pencuplikan random sederhana dilakukan terhadap perawat yang terdiri dari perawat HCU 35 sampel dan perawat rawat inap biasa 35 sampel secara acak sehingga masing-masing subjek atau unit populasi memiliki peluang yang sama dan independen untuk terpilih ke dalam sampel.

E. Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah perawat *High Care Unit* dan Perawat rawat inap.

2. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan pada perawat.

F. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Tingkat kecemasan

Tingkat kecemasan adalah skor TMAS yang didapat oleh objek penelitian, data berupa interval.

2. Perawat HCU dan Perawat Rawat Inap Biasa

a. Perawat HCU adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat pasien di ruang HCU. Pasien di sini merupakan pasien dengan gangguan pada sistem respirasi dan hemodinamik, tetapi masih memiliki kesadaran yang stabil namun memerlukan pengobatan, perawatan, observasi dan *monitoring* secara terus menerus.

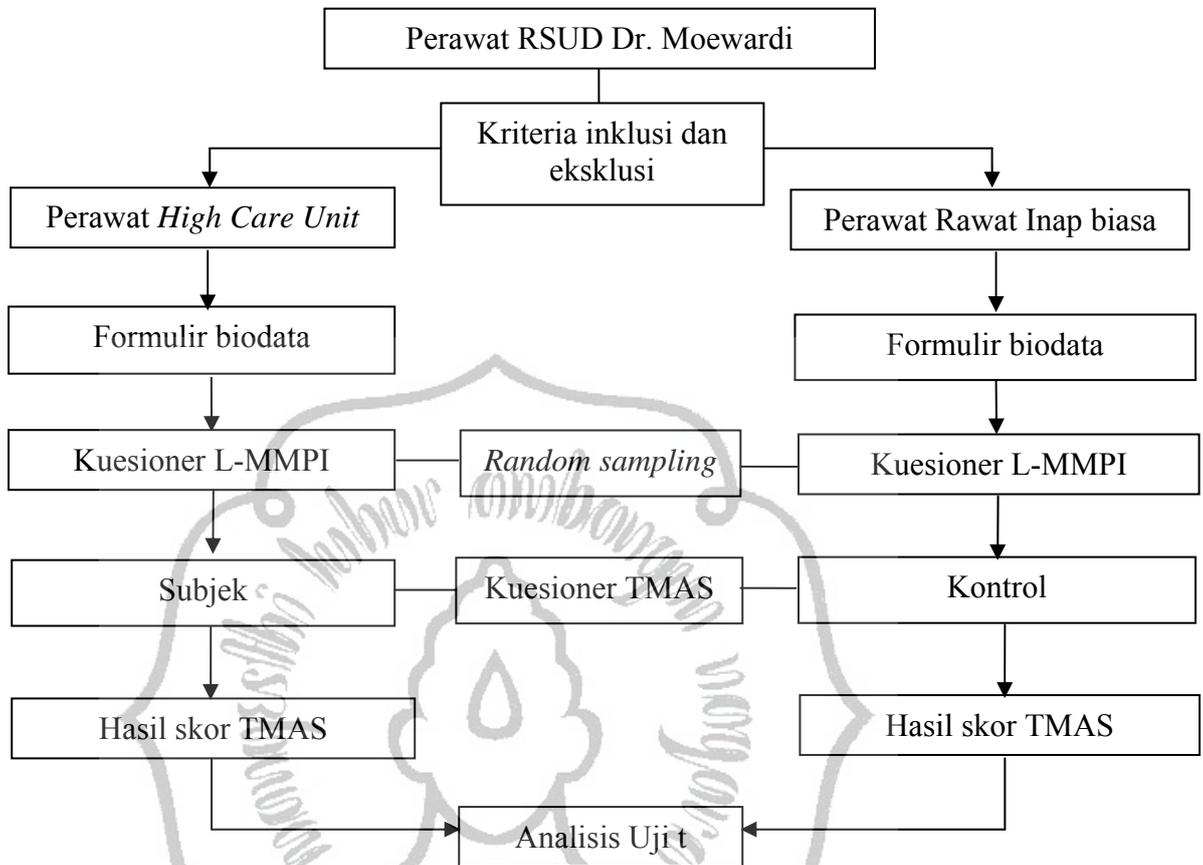
b. Perawat rawat inap biasa adalah perawat yang bidang tugas dan tanggung jawabnya merawat [pasien](#) di ruang rawat inap biasa. Pasien di sini merupakan pasien yang tidak memiliki gangguan pada sistem respirasi dan hemodinamik, sehingga tidak memerlukan *monitoring* secara intensif.

G. Instrumen Penelitian

Alat dan Bahan Penelitian

1. Lembar biodata dan *Informed Consent*
2. Kuesioner L-MMPI
3. Kuesioner TMAS

H. Rancangan Penelitian



Gambar 2. Rancangan Penelitian

I. Cara Kerja

1. Responden mengisi biodata.
2. Responden mengisi kuesioner L-MMPI untuk mengetahui angka kebohongan sampel. Bila responden menjawab “tidak” maka diberi nilai 1. Bila didapatkan angka lebih besar atau sama dengan 10 maka responden dinyatakan invalid dan dikeluarkan dari sampel penelitian.
3. Responden mengisi kuesioner TMAS untuk mengetahui angka kecemasan. Angka kecemasan ini digunakan untuk pengukuran kecemasan.

J. Teknik analisis data

Data yang diperoleh dari penelitian akan diuji dengan uji t. Uji t adalah teknik statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis bila variabel yang diukur berskala rasio. Penggunaan uji t termasuk dalam uji parametrik sehingga menganut asumsi data berdistribusi normal, sebaran data homogen dan sampel diambil secara acak (Riwidikdo, 2008). Uji t yang dilakukan akan diolah dengan *Statistical Product and Service Solution (SPSS) ver. 17*.



BAB IV
HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Sampel Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah perawat *High Care Unit* (HCU) dan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pada penelitian ini didapat total responden 80 perawat, terdiri dari 40 perawat HCU dan 40 perawat rawat inap biasa. Dari masing-masing kelompok didapatkan 35 perawat HCU dan 35 perawat rawat inap biasa sebagai sampel penelitian yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang kemudian dilakukan *random sampling*, sehingga total sampel penelitian adalah 70 perawat.

Tabel 1. Distribusi Sampel Penelitian

No	Kelompok	Jumlah	Persentase (%)
1	Perawat HCU	35	50
2	Perawat rawat inap biasa	35	50
	Total	70	100

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Kelompok	Jenis Kelamin		Total	Persentase (%)		Total (%)
		L	P		L	P	
1	Perawat HCU	9	26	35	25,7	74,3	100
2	Perawat rawat inap biasa	9	26	35	25,5	74,3	100

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 2 menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan pada kedua kelompok memiliki persentase yang lebih besar dibandingkan dengan laki-laki. Jumlah sampel berdasarkan jenis kelamin pada kelompok perawat rawat inap biasa mengikuti kelompok perawat HCU karena pada

kelompok perawat HCU, perawat dengan jenis kelamin laki-laki sangat minimal. Pada perawat HCU didapatkan sampel laki-laki sebanyak 9 (25,7 %) dan perempuan sebanyak 26 (74,3 %). Dengan demikian jumlah tersebut dijadikan patokan untuk kelompok rawat inap biasa yaitu sampel laki-laki sebanyak 9 (25,7 %) dan perempuan sebanyak 26 (74,3 %). Persamaan jumlah sampel dari tiap kelompok ini menggambarkan sebaran data normal sehingga variabel pengganggu dapat dikendalikan.

Tabel 3. Distribusi Sampel Berdasarkan Umur

Umur (Tahun)	Perawat HCU		Perawat Rawat inap biasa	
	Jumlah	Persentase (%)	Jumlah	Persentase (%)
25-29	9	25,71	9	25,71
30-34	13	37,15	8	22,86
35-39	9	25,71	8	22,86
40-44	3	8,57	6	17,14
45-49	1	2,86	4	11,43
>49	0	0	0	0
Total	35	100	35	100

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 3 menunjukkan bahwa jumlah perawat berdasarkan umur pada kedua kelompok berbeda. Pada kelompok perawat HCU didapatkan jumlah perawat umur 25-29 tahun 9 perawat (25,71 %), 30-34 tahun 13 perawat (37,15 %), 35-39 tahun 9 perawat (25,71 %), 40-44 tahun 3 perawat (8,57 %), 45-49 tahun 1 perawat (2,86 %), dan tidak ada perawat yang berumur lebih dari 49 tahun. Sedangkan pada perawat rawat inap biasa didapatkan jumlah perawat umur 25-29 tahun 9 perawat (25,71 %), 30-34 tahun 8 perawat (22,86 %), 35-39 tahun 8 perawat (22,86 %), 40-44 tahun 6 perawat (17,14

%), 45-49 tahun 4 perawat (11,43 %), dan tidak ada perawat yang berumur lebih dari 49 tahun. Perbedaan jumlah perawat berdasarkan umur tersebut disebabkan karena batas umur yang dipakai sebagai sampel terlalu besar (25-56 tahun).

B. Analisis Statistika

Data penelitian yang diperoleh kemudian dianalisis dengan uji *t-independent* yang merupakan uji parametrik dengan program *SPSS 17.00*. Syarat uji *t-independent* adalah data berskala numerik, terdistribusi secara normal, dan variansi kedua kelompok dapat sama atau berbeda (untuk 2 kelompok). Untuk mengetahui bahwa data terdistribusi normal atau tidak, maka dilakukan uji normalitas. Suatu data dikatakan mempunyai sebaran normal jika didapatkan nilai $p > 0,05$ pada masing-masing kelompok tersebut. Uji normalitas yang dilakukan pada masing-masing sebaran data dapat dilakukan dengan cara deskriptif ataupun analitik. Cara analitik memiliki tingkat objektivitas dan sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan deskriptif sehingga dalam penelitian ini dilakukan dengan uji Kolmogorov-Smirnov (Dahlan, 2005)

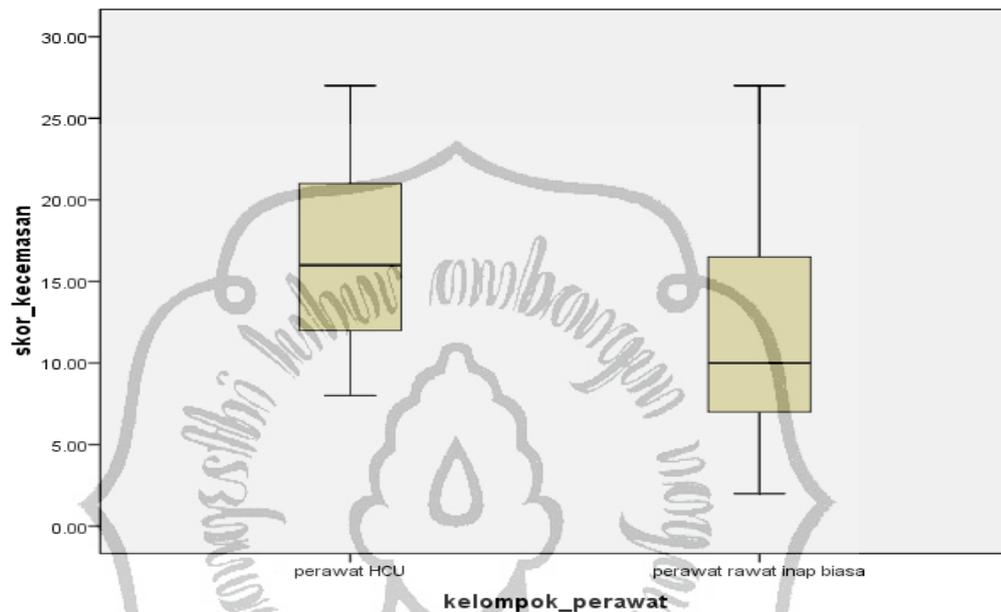
Tabel 4. Hasil Uji Normalitas Data dengan Kolmogorov Smirnov

Kelompok	Nilai <i>p</i>	Keterangan
Perawat HCU	0,083	Distribusi normal
Perawat rawat inap biasa	0,200	Distribusi normal

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 4 menunjukkan sebaran data yang di uji normalitas datanya dengan Kolmogorov Smirnov *Test* pada kedua kelompok terdistribusi secara

normal. Hal ini ditunjukkan adanya nilai p perawat HCU adalah 0,083 ($p > 0,05$) dan perawat rawat inap biasa adalah 0,200 ($p > 0,05$). Setelah memenuhi syarat bahwa data terdistribusi normal, maka dilakukan pengolahan data dengan uji t.



Gambar 3. Perbedaan Rata-Rata Skor TMAS antara Perawat HCU dengan Perawat Rawat Inap Biasa

Berdasarkan gambar 3 diketahui bahwa rerata skor TMAS pada perawat HCU adalah 16,6 dan perawat rawat inap biasa adalah 11,8.

Tabel 5. Hasil Uji Statistik

Kelompok	Mean	T	Analisis T-Test
Perawat HCU	16,6	3,28	$p = 0,002$
Perawat rawat inap biasa	11,8		

Sumber: Data primer 2011

Tabel 5 menunjukkan hasil dari uji statistik di mana didapatkan nilai kemaknaan (p) sebesar 0,002 ($p < 0,05$). Meskipun nilai rata-rata skor TMAS

di bawah 21, namun jika dilihat dari data asli pada perawat HCU mempunyai skor TMAS ≥ 21 lebih banyak dari pada skor TMAS perawat rawat inap biasa. Jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan yang bermakna antara perawat HCU dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.



BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2011 dengan memberikan kuesioner kepada 80 perawat yang terdiri dari 40 perawat *High Care Unit* (HCU) dan 40 perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Dari total responden tersebut dilakukan pemisahan untuk dikeluarkan dari penelitian yang memenuhi syarat eksklusi dan dimasukkan dalam penelitian yang memenuhi syarat inklusi. Berdasarkan pemisahan ini didapatkan total sampel 70 perawat terdiri dari 35 perawat HCU dan 35 perawat rawat inap biasa. Dari hasil kuesioner TMAS, dihitung nilai rata-rata skor TMAS tiap kelompok, kemudian dilakukan uji statistik uji t dengan menggunakan program SPSS 17.0.

Hasil uji t menunjukkan perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan antara perawat HCU dan perawat rawat inap biasa, $p = 0,002$ ($p < 0,05$). Hal ini sesuai dengan teori bahwa stres kerja perawat akan mempengaruhi tingkat kecemasan perawat dari masing-masing ruang. Stres kerja merupakan kondisi psikologi yang tidak normal akibat keadaan yang dialami di tempat kerja sehingga dapat menimbulkan kecemasan (Smet, 2001). Stres kerja ini terjadi akibat tugas kerja perawat yang beraneka ragam.

Beberapa tugas perawat serta kondisi lingkungan perawat yang mempengaruhi kecemasan perawat masing-masing ruang adalah sebagai berikut:

1. Kondisi ruang HCU: tempat tidur pasien terbatas, adanya *bedset monitor*, dan perawat selalu memonitor kondisi pasien. Sedangkan kondisi rawat inap biasa:

tempat tidur pasien lebih banyak, tidak ada *bedset monitor*, serta perawat tidak selalu memonitor pasien karena pasien ditunggu oleh keluarga masing-masing.

2. Perbedaan tingkat ketergantungan pasien terhadap perawat yaitu pada pasien HCU 10 jam sedangkan pasien rawat inap biasa 3,5 jam.

3. Kondisi pasien yang berbeda antara ruang HCU dengan ruang rawat inap biasa.

Pada ruang HCU kondisi pasien buruk sehingga perlu pengawasan ketat meliputi keadaan umum pasien, pemeriksaan *vital sign* setiap 15 menit atau sewaktu-waktu, serta status kesadaran. Sedangkan pada ruang rawat inap biasa kondisi pasien relatif lebih stabil, sehingga pemeriksaan *vital sign* dapat dilakukan 3 x sehari atau dapat sewaktu-waktu pada kondisi tertentu.

Berdasarkan faktor-faktor di atas, dapat dilihat bahwa pada perawat HCU memiliki kemungkinan mengalami kecemasan lebih besar dibanding perawat rawat inap biasa.

Adapun penelitian ini belum membahas mengenai tipe kepribadian individu, sosial ekonomi, dan sosial budaya karena adanya keterbatasan waktu. Ketiga faktor tersebut akan mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang sehingga perlu dikendalikan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kecemasan pada perawat *High Care Unit* (HCU) dengan perawat rawat inap biasa di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, di mana perawat HCU cenderung lebih cemas daripada perawat rawat inap biasa.

B. Saran

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, maka saran-saran penulis adalah sebagai berikut:

1. Sebaiknya tenaga keperawatan di ruang HCU ditambah, karena jumlah perawat untuk masing-masing ruang HCU masih kurang sehingga menyebabkan tugas setiap perawat berlebih. Kondisi ini meningkatkan stres kerja perawat ruang HCU yang akhirnya cenderung lebih cemas dibanding perawat rawat inap biasa.
2. Untuk mengurangi kecemasan pada perawat HCU, perlu adanya penyegaran setiap bulan.
3. Perlunya penelitian lebih lanjut dengan memperhatikan tipe kepribadian individu, sosial ekonomi, dan sosial budaya serta menggunakan teknik yang lebih baik untuk mendapatkan hasil yang lebih akurat.