**SKRIPSI**

**HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN TINGKAT KECEMASAN PERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJ MENUR PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**



**ACHMAD SAIFUDIN**

**NIM.2011001**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

#### SKRIPSI

**HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN TINGKAT KECEMASAN PERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJ MENUR PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)**

**Disekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh :**

**ACHMAD SAIFUDIN**

**NIM.2011001**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2022**

#### HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Achmad Saifudin

Nim : 2011001

Tanggal lahir : 12 April 1981

Program Studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul **“Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”**. Saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya. Demikian penyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 31 Januari 2022

**Achmad Saifudin**

**Nim . 2011001**

#### HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa

Nama : Achmad Saifudin

NIM : 2011001

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan

Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah

Provinsi Jawa Timur

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep.)**

Pembimbing



Dini Mei Widayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

NIP. 03011

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2022

#### HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Achmad Saifudin

NIM : 2011001

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan

Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah

Provinsi Jawa Timur

Telah dipertahankan dihadapkan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinayatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “ SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Dya Sustrami, Skep.,Ns.,M.Kep.**  **( )**

**NIP.03007**

**Penguji II : Farida, SST.,M.Kes. ( )**

**NIP.** **NIP. 19721212 200501 2 001**

**Penguji III : Dini Mei Widayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep. (**   **)**

**NIP. 03011**

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

**Puji Hastuti., S.,Kep.,Ns., M.,Kep.**

**NIP. 03010**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 31 Januari 2022

#### ABSTRAK

Perawat di Rumah Sakit Jiwa yang sedang merawat pasien skizofrenia berisiko menerima berperilaku kekerasan dari pasien. Baik berupa kekerasan verbal maupun kekerasan fisik, sehingga akan menimbulkan tingkat kecemasan yang berbeda pada setiap perawat. Tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia berbeda beda dalam merawat pasien skizofrenia bisa dipengaruhi oleh faktor demografi perawat tersebut diantaranya adalah usia , jenis kelamin, status pernikahan, lama bekerja, dan tingkat pendidikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Desain penelitian observasional analitik menggunakan pendekatan cross sectional. Sampel diambil dengan menggunakan probability sampling dengan simple random sampling didapatkan 102 perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur. Variabel penelitian ini adalah usia , jenis kelamin, status pernikahan, lama bekerja, dan tingkat pendidikan. masing – masing diukur dengan menggunakan kuisioner yang disebarkan melalui googleform. Data dianalisis menggunakan Uji Statistik Chi Square dengan kemaknaan (ρ ≤ 0,05).

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara Usia Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat menunjukkan nilai p = 0,232 (p value < 0,05) , Jenis Kelamin Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat menunjukkan nilai p = 0,373 (p value < 0,05), Status Pernikahan Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat menunjukkan nilai p = 0,286 (p value < 0,05), Lama Bekerja Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat menunjukkan nilai p = 0,114 (p value < 0,05) dan Pendidikan Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat menunjukkan nilai p = 0,416 (p value < 0,05).

Diharapkan perawat dapat meminimalkan kembali tingkat kecemasan di dirinya dan dapat memanagemen kecemasan dirinya saat merawat pasien skizofrenia agar kondisi kesehatannya tetap terjaga dan selalu mematuhi protokol kesehatan sesuai prosedur.

**Kata Kunci : Perawat, Demografi, Kecemasan, Skizofrenia**

**ABSTRACT**

Nurses in mental hospitals who are caring for schizophrenic patients are at risk of receiving violence behavior from patients. Both verbal violence and physical violence, so that it will cause different anxiety in each nurse. The level of nurses in caring for schizophrenic patients differs in several factors of care experienced by researchers including age, gender, marital status, length of work, and level of education. This study aims to determine the relationship between demographic factors of nurses and nurses' anxiety levels in treating schizophrenia patients at Menur Hospital East Java Provincial Government.

The analytic observational research design used a cross sectional approach. Samples were taken using probability sampling with simple random sampling, obtained 102 nurses at the Menur Mental Hospital East Java Provincial Government. The variables of this study were age, gender, marital status, length of work, and education level. Respectively measured using a questionnaire distributed via googleform. Data were analyzed using the chi square statistical test with significance (ρ ≤ 0.05).

The results of this study indicate that there is no relationship between Nurse Age and Nurse Anxiety Levels showing p value = 0.232 (p value < 0.05), Gender of Nurses with Nurse Anxiety Levels shows p value = 0.373 (p value < 0.05), Status Nurse's Marriage With Nurse Anxiety Level showed p value = 0,286 (p value < 0,05), Nurse's Length of Work with Nurse Anxiety Level showed p value = 0,114 (p value < 0,05) and Nurse Education with Nurse Anxiety Level showed p value = 0.416 (p value < 0.05).

It is hoped that nurses can minimize the level of anxiety in themselves and can manage their anxiety when treating schizophrenia patients so that their health conditions are maintained and always comply with health protocols according to procedures.

**Keywords: Nurse, Demographics, Anxiety, Schizophrenia**

#### KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiarat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun Skripsi yang berjudul “Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur” dapat selesai sesuai waktu yang telah di tentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan sebagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga Skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaiakan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. drg. Vitria Dewi.,Msi. selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur atas pemberian ijin untuk melakukan penelitihan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
2. dr. Dian Eva Sanjaya, Sp.S. selaku ketua DIKLATLIT Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur atas ijin melakukan penelitihan di Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.
3. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kep., Ns.,M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiwa S-1 Keperawatan.
4. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S-1 Keperawatan.
5. Ibu Puji Hastuti, S.,Kep.,Ns., M.,Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memeberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi S-1 Keperawatan.
6. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing yang penuh kesabaran dalam penelitian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
7. Ibu Dya Sustrami, Skep.,Ns.,M.Kep. selaku ketua penguji yang telah memberikan masukan dan arahan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Farida, SST.,M.Kes. selaku anggota penguji yang telah memberikan masukan dan arahan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
9. Ibu Nadia Okhtiary, A.md Selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam menyusun penelitian ini.
10. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
11. Seluruh staf perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan untuk membaca dan meminjam referensi buku di Stikes Hang Tuah Surabaya.
12. Perpustakaan Daerah Surabaya yang ikut membantu menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penenliti berharap bahwa Skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 31 Januari 2022

Penulis

#### DAFTAR ISI

Halaman Judul…………………………………………………………….....…….i

Halaman Pernyataan………………………….………….………………………..ii

Halaman Persetujuan……….………………………………………………….....iii

Halaman Pengesahan…………………..……………………………………..…..iv

Abstrak…………………………………………………………………………….v

Kata Pengantar……………………..………………….........…………………....vii

Daftar Isi………………………………………………………………………….ix

Daftar Tabel…………………….……………………………………………...…xi

Daftar Gambar…………………………………………………………………..xiii

Daftar Lampiran…………………………………………………………...…….xiv

Daftar Singkatan……………………………………………………………...….xv

[**BAB 1 PENDAHULUAN 1**](#_Toc93286559)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc93286560)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc93286561)

[1.3 Tujuan Penelitian 4](#_Toc93286562)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc93286563)

[1.3.2 Tujuan Khusus 5](#_Toc93286564)

[1.4 Manfaat Penelitian 5](#_Toc93286565)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 5](#_Toc93286566)

[1.4.2 Manfaat Praktek 5](#_Toc93286567)

[**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7**](#_Toc93286568)

[2.1 Skizofrenia 7](#_Toc93286569)

[2.1.1 Definisi Skizofrenia 7](#_Toc93286570)

[2.1.2 Etiologi Skizofrenia 7](#_Toc93286571)

[2.1.3 Tanda dan Gejala 9](#_Toc93286572)

[2.1.4 Pedoman Diagnostik 12](#_Toc93286573)

[2.1.5 Klasifikasi Skizofrenia 14](#_Toc93286574)

[2.1.6 Penatalaksanaan 16](#_Toc93286575)

[2.2 Faktor Demografi 18](#_Toc93286576)

[2.2.1 Jenis Kelamin. 18](#_Toc93286577)

[2.2.2 Usia 18](#_Toc93286578)

[2.2.3 Pendidikan. 19](#_Toc93286579)

[2.2.4 Pekerjaan. 19](#_Toc93286580)

[2.2.5 Status Pernikahan. 20](#_Toc93286581)

[2.3 Perawat 20](#_Toc93286582)

[2.3.1 Defenisi Perawat 20](#_Toc93286583)

[2.3.2 Peran Perawat 20](#_Toc93286584)

[2.3.3 Fungsi Perawat 24](#_Toc93286585)

[2.4 Kecemasan 25](#_Toc93286586)

[2.4.1 Defenisi Kecemasan 25](#_Toc93286587)

[2.4.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan 26](#_Toc93286588)

[2.4.3 Tanda dan Gejala Kecemasan 28](#_Toc93286589)

[2.4.4 Jenis dan Tingkatan Kecemasan 29](#_Toc93286590)

[2.4.5 Penatalaksanaan Kecemasan. 32](#_Toc93286591)

[2.5 Konsep Keperawatan Calista Roy 32](#_Toc93286592)

[2.5.1 Teori keperawatan Calista Roy 32](#_Toc93286593)

[2.5.2 Proses Keperawatan 35](#_Toc93286594)

[2.5.3 Tujuan Proses Keperawatan 35](#_Toc93286595)

[2.5.4 Komponen Proses Keperawatan Jiwa 35](#_Toc93286596)

[**BAB 3** **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS 40**](#_Toc93286597)

[3.1 Kerangka Konsep 40](#_Toc93286598)

[3.2 Hipotesis Penelitian 41](#_Toc93286599)

[**BAB 4 METODE PENELITIAN 42**](#_Toc93286600)

[4.1 Desain Penelitian 42](#_Toc93286601)

[4.2 Kerangka Kerja 43](#_Toc93286602)

[4.3 Waktu dan Tempat Penelitian 44](#_Toc93286603)

[4.4 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling 44](#_Toc93286604)

[4.4.1 Populasi 44](#_Toc93286605)

[4.4.2 Sampel Penelitian 44](#_Toc93286606)

[4.4.3 Teknik Sampling 45](#_Toc93286607)

[4.5 Identifikasi Variabel 46](#_Toc93286608)

[4.6 Definisi Operasional 47](#_Toc93286609)

[4.7 Pengumpulan data Pengolahan Data 51](#_Toc93286610)

[4.7.1 Pengumpulan data 51](#_Toc93286611)

[4.7.2 Analisa Data 54](#_Toc93286612)

[4.8 Etika Penelitian 56](#_Toc93286613)

[**BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN 58**](#_Toc93286614)

[5.1 Hasil Penelitian 58](#_Toc93286615)

[5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian 58](#_Toc93286616)

[5.1.2 Gambaran Subyek Penelitian 59](#_Toc93286617)

[5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian 60](#_Toc93286618)

[5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian 63](#_Toc93286619)

[5.2 Pembahasan 69](#_Toc93286620)

[5.2.1 Faktor Demografi Perawat Di RSJ Menur 69](#_Toc93286621)

[5.2.2 Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya 70](#_Toc93286622)

[5.2.3 Hubungan faktor demografi perawat dengan kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur 71](#_Toc93286623)

[5.3 Keterbatasan 77](#_Toc93286624)

[**BAB 6 PENUTUP 78**](#_Toc93286625)

[6.1 Simpulan 78](#_Toc93286626)

[6.2 Saran 79](#_Toc93286627)

Daftar pustaka……………………………………………...…………………….81

Lampiran………..…………............………………………....…………………..85

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur …………………….…..................................43

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021-Januari 2022 (n =102).....................................................................60

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur Desember 2021-Januari 2022 ( n = 102)……………………………………...……60

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Responden di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021 – Januari 2022 (n = 102)…………………………..………..61

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Unit Bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021-Januari 2022 (n =102)……………………………………………..61

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021- Januari 2022 (n = 102)………………………..………….………62

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021- Januari 2022 (n =102)………………………..…………….62

Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021(n = 102)………………………………………………………….….…63

Tabel 5.8 Distribusi Hubungan Usia Responden dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021(n = 102)………………………….…64

Tabel 5.9 Distribusi Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021- Januari 2022 (n = 102)…………………………………………..……………………65

Tabel 5.10 Distribusi Hubungan Status pernikahan dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021-Januari 2022 (n = 102)………………..…............................................................……66

Tabel 5.11 Distribusi Hubungan Lama Bekerja dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021- Januari 2022 (n = 102)……………………………………………...………..……….67

Tabel 5.12 Distribusi Hubungan Pendidikan Terakhir dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada Desember 2021- Januari 2022 (n = 10)……………………………………………..…………………..68

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Skema Manusia Sebagai Sistem *Adaptive*……………..…………33

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Faktor Demografi Perawat….……40

Gambar 4.1 Desain penelitian *cross sectional*……………………………...…42

Gambar 4.2 Kerangka Kerja Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat

Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah

Provinsi Jawa Timur …….……………………………………....43

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 *Curiculum Vitae* 85

Lampiran 2 Motto dan Persembahan 86

Lampiran 3 Surat Penelitian 87

Lampiran 4 *Information for Consent* 90

Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden 91

Lampiran 6 Lembar Kuisioner 92

Lampiran 7 Tabulasi Data 98

Lampiran 8 Hasil Output Software Computer Penelitian 101

**DAFTAR SINGKATAN**

DEPKES RI : Departemen Kesehatan Republik Indonesia DINKES : Dinas Kesehatan

HRS-A : *Hamilton Rating Scale for Anxiety*

IGD : Instalasi Gawat Daruratj

JK : Jenis Kelamin

PKMRS : Promosi Kesehatan di Rumah Sakit

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

RS : Rumah Sakit

RSJ : Rumah Sakit Jiwa

SPSS : *Statistical Product for Social Science*

STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

TK : Tingkat

WHO : *World Health Organization*

# 

**PENDAHULUAN**

## Latar Belakang

Stigma buruk masih menyelimuti isu kejiwaan di Indonesia karena sebagian besar masyarakat Indonesia masih mempercayai gangguan kesehatan jiwa disebabkan oleh hal yang tidak rasional maupun supranatural, misalnya pengidap skizofrenia disebabkan karena sihir, kemasukan setan, kemasukan roh jahat, melanggar larangan dan lain lain. Penderita Skizofrenia mengalami halusinasi, pikiran tidak logis, waham yang menyebabkan mereka berperilaku agresif, dan sering berteriak-teriak histeris.. Banyak masyarakat yang takut dan cemas dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa,. Sehinggah banyak penderita gangguan jiwa di pasung dan dikucilkankan di masyarakat karena ketidaktahuan mereka tentang cara merawat pasien skizofrenia / gangguan jiwa berat. Dan sekarang ini ada program dari pemerintah untuk bebas pasung untuk pasien jiwa , sehinggah mereka wajib membawa pasien tersebut untuk berobat ke Rumah Sakit Jiwa. Sedangkan perawat adalah manusia biasa yang mempunyai rasa takut, cemas akan keselamatan dirinya karena sewaktu waktu pasien tersebut bisa saja berbuat prilaku kekerasan yang dapat melukai siapapun didekatnya termasuk perawat. Untuk itu dibutuhkan keberanian, pengetahuan dan pengalaman bagaimana melakukan perawatan pada pasien skizofrenia. Menurut (Stuart & Sundeen, 2012) menyebutkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan adalah usia , jenis kelamin , pengalaman bekerja , dan tingkat pendidikan perawat tersebut. Tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia berbeda beda dalam merawat pasien skizofrenia bisa dipengaruhi oleh faktor demografi perawat tersebut diantaranya adalah usia , jenis kelamin, status pernikahan, lama bekerja, dan tingkat pendidikan.

Menurut WHO tahun 2017 dalam (Kementerian Kesehatan RI, 2019) saat ini perkiraan jumlah penderita gangguan jiwa di dunia adalah sekitar 450 juta jiwa termasuk skizofrenia. Menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2019) Kasus Gangguan jiwa di Indonesia berdasarkan hasil riset Kesehatan Dasar tahun 2018 meningkat. Peningkatan ini terlihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki ODGJ di Indonesia. Ada peningkatan jumlah menjadi 7 permil rumah tangga. Artinya perseribu rumah tangga terdapat 7 rumah tangga dengan ODGJ, Sehinggah jumlahnya diperkirakan sekitar 450 ribu ODGJ berat. Berdasarkan laporan kementerian kesehatan tahun 2019, angka gangguan jiwa di Jawa Timur menduduki nomor 1 di Indonesia. Gangguan jiwa terbagi menjadi 2 bagian yaitu gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa ringan. Menurut Riskesdas tahun 2018 disebutkan bahwa estimasi angka gangguan jiwa berat di Jawa Timur 0.19% (75.427 kasus ODGJ per tahun). Berdasarkan laporan kunjungan pasien di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur tahun 2020 pasien Skizofrenia yang melakukan Rawat inap di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebanyak 2463 pasien yang terdiri 895 pasien baru dan 1568 pasien lama. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Miftahurrohmah (2012) tentang perbedaan tingkat kecemasan antara perawat pria dan wanita yang merawat pasien skizofrenia di RSJ Grasia Yogyakarta kepada 76 responden perawat skizofrenia yang menjadi sampel penelitian yang diambil terdiri dari 28 (36.8%) responden laki-laki dan 48 (63.2%) responden perempuan. Responden wanita yang tidak mengalami cemas sebanyak 4 responden dan responden laki-laki juga sebanyak 11 responden. Responden wanita yang mengalami cemas ringan sebanyak 17 responden, cemas sedang 20 responden, dan cemas berat 7 responden. Sedangkan responden laki-laki yang mengalami cemas ringan 9 responden, sedang 6 responden dan cemas berat 2 responden. Dan pada penelitian itu menyimpulkan Terdapat perbedaan tingkat kecemasan antara perawat pria dan wanita yang merawat pasien skizofrenia di RSJ Grasia Yogyakarta. Sedangkan untuk data tingkat kecemasan perawat peneliti melakukan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 18 oktober 2021 terhadap 5 perawat, Sedangkan pada tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa menur surabaya dari 5 orang perawat menunjukkan 3 (60%) perawat dengan tidak ada kecemasan, 2 (40%) perawat dengan kecemasan ringan, tidak ditemukan perawat dengan kecemasan sedang, berat, atau berat sekali dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Terjadinya skizofrenia belum diketahui secara pasti. Namun faktor yang menyebabkan skizofrenia menurut (Gail Wiscarz. Stuart, 2014) yaitu bisa dikerenakan kelainan biologis (respons neurobiologis yang maladaptif karena abnormalitas perkembangan sistem saraf), Gen atau keturunan, Psikologis dan sosio budaya. Sedangkan gejala yang ditimbulkan Menurut (Hawari, 2009) gejala skizofrenia menjadi dua yaitu gejala negatif dan positif, gejala positif meliputi delusi/waham,halusinasi, disorganisasi, gaduh gelisah, untuk gejala negatif meliputi affect, mengasingkan diri (withdrawn), alogia, anhedonia, avolition, sulit berpikir abstrak dan pola pikir stereotip. Sehinggah pasien skizofrenia cenderung mengasingkan diri dari orang lain, mudah marah dan depresi, Mengalami perubahan pola tidur, kurang konsentrasi dan motivasi, dan tidak bisa memenuhi kebutuhan hidupnya Dalam merawat pasien skizofrenia rasa aman bagi pasien skizofrenia dan perawat harus selalu diciptakan oleh para petugas kesehatan.. Kondisi yang tidak aman di ruang perawatan biasanya diciptakan oleh pasien skizofrenia yang berperilaku kekerasan. Sehinggah menimbulkan rasa takut, dan cemas kepada perawat akan keselamatan jiwanya. Menurut Stuart Gail W Stuart & Sundeen (2012) menjelaskan respon kecemasan akan berdampak pada fisiologis, Respon prilaku, Kognitif, Afektif. Sehinggah perawat yang mengalami kecemasan akan terganggu fisiologisnya seperti jantung bedebar-debar, kehilangan nafsu makan, napas cepat, berkeringat, dan pucat. Kecemasan juga berdampak pada perilaku dan kognitif perawat seperti gelisah, ketegangan, tremor, gugup, perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, hambatan berpikir, kreativitas menurun, dan produktivitas menurun. Dengan begitu perawat yang mengalami kecemasan dapat dipastikan akan terganggu performa kerjanya sehinggah produktifitasnya akan menurun.

Perawat merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan dan mempunyai peran strategis bersama dengan tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan. Dan Perawat merupakan satu satu nya petugas kesehatan yang mendampingi pasien selama 24 jam. Untuk itu perawat diharapkan terhindar dari rasa kecemasan dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan. Solusi yang dapat digunakan bagi perawat dalam mengatasi masalah Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia adalah dengan melakukan analisa faktor demografi perawat apakah berpengaruh terhadap tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia . Analisa faktor demografi perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia ini akan dapat menjadi acuan untuk penempatan pegawai di ruang / tempat tugas yang sesuai dengan perawat tersebut, sehinggah dapat mengurangi tingkat kecemasan perawat tersebut. Selain itu dengan analisa faktor demografi perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia, manajemen rumah sakit dapat memberikan pelatihan tentang manajemen kecemasan pada perawat yang mengalami kecemasan dalam merawat pasien skizofrenia. Disamping itu manajemen dapat memberikan anjuran untuk meminimalkan kecemasan yaitu dengan mencoba untuk lebih terbuka dengan kerabat/keluarga/teman dan bisa bekerja secara tim dalam merawat pasien skizofrenia.

Berdasarkan fenomena di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”

## Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah Apakah Ada Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur?.

## Tujuan Penelitian

### Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

### Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi Faktor Demografi Perawat ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, dan Pendidikan ) di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
2. Mengidentifikasi Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
3. Menganalisis Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

## Manfaat Penelitian

### Manfaat Teoritis

Penelitian ini bertujuan untuk memperkaya pengetahuan dan mengkaji teori tentang Hubungan Faktor Demografi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

### Manfaat Praktek

Manfaat bagi Peneliti diharapkan dapat menambah wawasannya tentang Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Manfaat Bagi Institusi

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan perbandingan, pedoman dan masukan dalam mengembangkan proses belajar mengajar serta referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Dengan mengetahui Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur institusi dapat mengambil sikap untuk menempatkan pegawai sesuai dengan kemampuannya atau memberikan pelatihan tentang manajemen kecemasan kepada perawat.

1. Manfaat Bagi Responden

Diharapkan kepada perawat dengan adanya penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan ilmu tentang Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Diharapkan juga responden akan tertantang untuk meningkatkan pengetahuannya dan bisa memanajemen kecemasannya dengan baik.

1. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan perbandingan dalam mengembangkan praktik keperawatan dan pemecahan masalah di bidang keperawatan untuk menangani masalah Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Sehinggah peneliti selanjutnya dapat mengembangkan dan menyempurnakan penelitian ini dan dapat menjadi refrensi bagi peneliti lain.

# 

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: konsep skizofrenia, konsep demografi perawat, konsep Perawat, konsep kecemasan, konsep keperawatan serta hubungan antar konsep.

## Skizofrenia

### Definisi Skizofrenia

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (split), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Leo Sianturi & Vita Camellia, 2014). Menurut (Maslim, 2013) skizofrenia dijelaskan sebagai gangguan jiwa yang ditandai dengan distorsi khas dan fundamental dalam pikiran dan persepsi yang disertai dengan adanya afek yang tumpul atau tidak wajar. Selain itu, skizofrenia juga dapat diartikan dengan terpecahnya pikiran, perasaan, dan perilaku yang menyebabkan tidak kesesuaian pikiran, perasaan orang yang mengalaminya (Prabowo, 2014).

### Etiologi Skizofrenia

Etiologi terjadinya skizofrenia belum diketahui secara pasti.Namun faktor yang menyebabkan skizofrenia menurut ( Stuart, 2014) yaitu :

1. **Faktor predisposisi**
2. Biologis

Baru dipahaminya respons neurobiologis yang maladaptif karena abnormalitas perkembangan sistem saraf, hal ini dibuktikan dalam beberapa penelitian yaitu :

1. Lesi area frontal, temporal, dan limbik akan menyebabkan perubahan dalam perilaku psikotik, juga terdapat pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal menunjukkan atrofi otak.
2. Zat kimia otak yang berkaitan dengan skizofrenia seperti dopamin neurotransmiter berlebihan, dopamin dan neurotransmiter lainnya tidak seimbang terutama serotonin serta dapat juga karena sistem reseptor dopamin yang bermasalah.
3. Gen dalam keluarga juga memiliki pengaruh yang besar terjadinya skizofrenia, kembar identik yang dibesarkan terpisahpun memiliki angka kejadian skizofrenia lebih tinggi daripada saudara sekandung yang tidak identik. Penelitian terbaru berfokus pada gene mapping (pemetaan gen) dalam keluarga menunjukkan keturunan pertama lebih rentan terjadi skizofrenia dibandingkan populasi secara umum.
4. Psikologis

Teori psikodinamika terjadinya respon neurobiologis yang maladaptif belum didukung penelitian, faktor psikologis lebih menyalahkan keluarga sebagai penyebabnya hal ini menjadikan keluarga kurang percaya dengan tenaga kesehatan jiwa profesional.

1. Sosiobudaya

Penumpukan stress dapat menunjang awitan skizofrenia dan gangguan lain, tetapi tidak diyakini sebagai penyebab utama.

1. **Faktor pencetus**
2. Biologis

Stressor biologis yang menyebabkan respons neurobiologis maaladaptif seperti gangguan saat komunikasi, abnormalitas pada mekanisme otak sehingga mengakibatkan ketidakmampuan seseorang menanggapi stimulus secara selektif.

1. Lingkungan

Gangguan perilaku dapat disebabkan pula oleh ambang toleransi terhadap stress yang secara bilogis berinteraksi terhadap stressor lingkungan.

1. Pemicu gejala

Pemicu merupakan prekursor dan stimuli yang sering menimbulkan penyakit baru, biasanya pemicu akan muncul dari berbagai hal yang berhubungan dengan kesehatan, lingkungan, sikap, dan perilaku individu. Diantaranya adalah :

1. Penilaian stressor

Stres, penilaian individu terhadap stressor, dan masalah koping dapat mengindikasikan kemungkinan kekambuhan gejala. Meski tidak ada riset ilmiah tetapi model diatesis stress menjelaskan bahwa gejala skizofrenia akan muncul dari hubungan antara beratnya stress dan ambang toleransi terhadap stress itu sendiri.

1. Sumber koping

Keluarga sangat berperan dalam hal ini, orang tua perlu mendidik anak – anak dan dewasa muda mengenai keterampilan koping karena sumber koping tidak hanya didapatkan dari pengalaman. Keluarga memiliki peran sangat penting dalam memberikan pengetahuan mengenai penyakit, finansial yang cukup, ketersediaan waktu dan tenaga.

1. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi klien dari pengalaman menakutkan meliputi :

1. Regresi, hubungannya dengan masalah proses informasi dan upaya untuk mengatasi ansietas.
2. Proyeksi, upaya menjelaskan kerancuan persepsi.
3. Menarik diri

### Tanda dan Gejala

Menurut (Julianan Lisa dan Nengah Sutrisna, 2013) menjelaskan berbagai ciri – ciri umum skizofrenia yaitu :

1. Gangguan Delusi

Gangguan yang ditandai gangguan pikiran, keyakinan kuat tapi tidak sesuai dengan kenyataanya.

Ciri – ciri klinis dari ganguan delusi yaitu :

1. Keyakinan persisten dan berlawanan dengan kenyataan tetapi tidak disertai dengan kebenaran sebenarnya.
2. Terisolasi secara sosial dan bersikap curiga pada orang lain.

Bentuk – bentuk delusi yang berkaitan dengan skizofrenia yaitu:

1. *Delusions of persecution* adalah penderita skizofrenia ditandai waham kebesaran, gangguan adanya prasangka buruk terhadap dirinya atupun orang lain yang tidak realistis.
2. *Contard’s syndrome* (somatic) adalah angggapan penderita bahwa kondisi fisiknya ada yang rusak atau mengalami kondisi abnormal.
3. *Cogras syndrome* yaitu penderita merasa ada yang menyerupai dirinya.
4. *Erotomatic* adalah keyakinan penderita skizofrenia mencari membututi orang-orang tersohor ataupun orang yang dicintainya. Penderita merasa dirinya dicintai.
5. *Jealous* yaitu keyakinan penderita skizofrenia bahwa pasangan seksualnya melakukan selingkuh atau tidak setia pada dirinya.
6. Halusinasi

Merupakan gejala pada skizofrenia berupa gangguan persepsi (meliputi panca indra ) ataupun adanya perasaan dihina meskipun sebenarnya tidak realitas.

Ciri – ciri klinis dari penderita halusinasi yaitu :

1. Tidak memiliki insight yang jelas dan kesalahan dalam persepsi.
2. Adanya associative splitting dan cognitive splitting.

Bentuk – bentuk halusinasi yang berkaitan dengan penderita skizofrenia :

1. Halusinasi pendengaran (*audiotory hallucination*) merupakan gangguan adanya suara – suara tertentu.
2. Halusinasi pada bagian otak (*brain imaging*) yaitu gangguan daerah otak terutama bagian broca’s area adalah daerah bagian otak yang selalu memberikan halusinasi pada penderita skizofrenia.
3. Disorganisasi

Gangguan psikotik yang ditandai kehilangan arah bicara, reaksi emosional dan perilaku motoriknya. Bentuk gangguan psikotik dari gangguan pikiran disorganisasi yaitu:

1. *Tangentiality* ditandai dengan penyimpangan jauh setiap arah pembicaraan karena penderita tidak mampu mengikuti arah pembicaraan.
2. *Lose association* merupakan gangguan dalam topik pembicaraan yang sama sekali tidak berkaitan dengan apa yang dibicarakan.
3. *Derailment* merupakan pola pembicaraan penderita sama sekali keluar dari alur pembicaraan.
4. Pendataran Afek

Merupakan gejala dengan ketidakmampuan mengatur antara reaksi emosional dan pola perilaku (*inappropriate affect*) atau afektif yang tidak sesuai dengan pelaku. Seperti reaksi emosi tidak sesuai dengan cara menimbun barang yang tidak lazim. Adapun ciri – ciri klinis pendataran afek yaitu :

1. Tidak ada reaksi emosional dalam komunikasi.
2. Selalu menatap kosong pandangannya.
3. Berbicara datar tanpa ada nada pembicaraan.
4. Alogia

Gejala ini ditandai dengan minimnya pembicaraan, biasanya penderita memberi jawaban singkat, tidak tertarik bicara, lebih banyak berdiam, kata-kata tidak sesuai formulasi pikiran dan ketidakadekuatan komunikasi.

1. Avolisi

Penderita tidak mampu mempertahankan atau memulai kegiatan - kegiatan penting.

Ciri – ciri klinis gangguan avolisi adalah :

1. Tidak berminat merawat kesehatan diri dan beraktivitas.
2. Cenderung menjadi pemalas dan kotor.
3. Anhedonia

Gangguan psikotik yang ditandai ketidakadaan perasaan senang, sikap tidak peduli terhadap kegiatan sehari – hari, cenderung tidak suka makan dan ketidak pedulian terhadap hubungan interaksi sosial atau seks. Menurut (Hawari, 2009) gejala skizofrenia menjadi dua yaitu gejala negatif dan positif, gejala positif meliputi delusi/waham, halusinasi, disorganisasi, gaduh gelisah, untuk gejala negatif meliputi affect, mengasingkan diri (withdrawn), alogia, anhedonia, avolition, sulit berpikir abstrak dan pola pikir stereotip. Gejala negatif skizofrenia seringtidak disadari atau kurang di perhatikan oleh pihak keluarga pasien, dianggap tidak “mengganggu” sebagaimana halnya pada penderita skizofrenia yang menunjukkan gejala - gejala positif. Oleh karena itu seringkali terlambat membawa penderita untuk berobat.

### Pedoman Diagnostik

Berikut ini merupakan pedoman diagnostik untuk Skizofrenia berdasarkan PPDGJ III (Maslim, 2013) :

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
2. *Thought echo* : isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau
3. *Thought insertion or withdrawal* : isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal); dan Thought broadcasting : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
4. *Delusion of control* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau Delusion of influence : waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau Delusion of passivity : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap sesuatu kekuatan dari luar; dan
5. *Delusional perception* : pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
6. *Halusinasi auditorik* : suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien; atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara). Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
7. Waham : waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau komunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).
8. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :
9. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai ide-ide berlebihan (over- valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus berulang.
10. Arus pikiran yang terputus (break) atau mengalami sisipan (interpolation), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme.
11. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor.
12. Gejala-gejala "negatif", seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
13. Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih.
14. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed atitude*), dan penarikan diri secara sosial.

### Klasifikasi Skizofrenia

Menurut “Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (Maslim, 2013) Skizofrenia di klasifikasikan menjadi beberapa tipe, dibawah ini yang termasuk dalam klasifikasi skizofrenia :

1. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Pedoman diagnostik paranoid yaitu :

1. Memenuhi kriteria umum diagnosis
2. Halusinasi yang menonjol
3. Gangguan afektif, dorongan pembicaraan, dan gejala katatonik relatif tidak ada
4. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia hebefrenik, yaitu :

1. Diagnostik hanya di tegakkan pertama kali pada usia remaja atau dewasa muda (15-25 tahun)
2. Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri.
3. Gejala bertahan 2-3 minggu.
4. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pedoman diagnostik pada skizofrenia katatonik antara lain :

1. Stupor (reaktifitas rendah dan tidak mau berbicara)
2. Gaduh-gelisah (aktivitas motorik yang tidak bertujuan tanpa stimuli eksternal)
3. Diagnostik katatonik tertunda apabila diagnosis skizofrenia belum tegak di karenakan klien tidak komunikatif.
4. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Pedoman diagnostik skizofrenia tak terinci yaitu :

1. Tidak ada kriteria yang menunjukkan diagnosa skizofrenia paranoid, hebefrenik, dan katatonik.
2. Tidak mampu memenuhi diagnosis skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.
3. Skizofrenia pasca-skizofrenia (F20.4)

Pedoman diagnostik skizofrenia pasca skizofrenia antara lain :

1. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada tetapi tidak mendominasi
2. Gejala depresif menonjol dan mengganggu
3. Skizofrenia residual ( F20.5)

Pedoman diagnostik skizofrenia residual antara lain :

1. Ada riwayat psikotik
2. Tidak dimensia atau gangguan otak organik lainnya
3. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pedoman diagnostik skizofrenia simpleks antara lain :

1. Gejala negatif yang tidak di dahului oleh riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain.
2. Adanya perubahan perilaku pribadi yang bermakna.

### Penatalaksanaan

Tujuan utama dari skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal klien, serta mencegah kekambuhannya. Belum ada pengobatan dalam masing -masing subtipe skizofrenia (Prabowo, 2014). Dibawah ini termasuk penatalaksanaan pada skizofrenia :

1. Terapi farmakologi

Obat-obatan yang digunakan dalam terapi farmakologi skizofrenia yaitu golongan obat antipsikotik. Obat anti psikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu :

1. Antipsikotik tipikal

Merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi seperti dopamin. Antipsikoti ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif pada klien skizofrenia. berikut ini yang termasuk golongan obat antipsikotik tipikal :

1. Chlorpromazine dengan dosis harian 30-800 mg/hari
2. Flupenthixol dengan dosis harian 12-64 mg/hari
3. Fluphenazine dengan dosis harian 2-40 mg/hari
4. Haloperidol dengan dosis harian 1-100 mg/hari
5. Antipsikotik atipikal

Aksi obat ini adalah mengeblok reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal ini merupakan pilihan dalam terapi skizofrenia karena mampu mengatasi gejala positif maupun negatif pada pasien skizofrenia. berikut ini adalah daftar obat yang termasuk golongan obat antipsikotik atipikal :

1. Clozapine dosis harian 300-900 mg/hari
2. Risperidone dosis harian 1-40 mg/hari
3. Losapin dosis harian 20-150 mg/hari
4. Melindone dosis harian 225 mg/hari
5. Terapi Elektrokonvulsif (ECT)
6. Pembedahan bagian otak
7. Perawatan di rumah sakit
8. Psikoterapi

Terapi psikoanalisa

Pada terapi ini menyadarkan seseorang terhadap masalah pada dirinya dan membuat mekanisme pertahanan dengan tujuan supaya cemasnya dapat terkendalikan.

Terapi Perilaku

Ada dua bentuk program psikososial untuk meningkatkan fungsi kemandirian, diantaranya :

* 1. Social Learning Program : klien skizofrenia untuk mempelajari perilaku yang sesuai
  2. Social Skills Training : melatih penderita mengenai ketrampilan atau keahliannya.

1. Terapi Humanistik

Terapi kelompok dan keluarga.

## Faktor Demografi

Faktor Demografi adalah studi kependudukan dan mencangkup berbagai hal seperti jumlah, persentase kanaikan, jenis kelamin, umur, pekerjaan, kesehatan, angka kelahiran, gaya hidup, perkawinan dan lain-lain hal tentang

pendudukan menurut Prima et al (2020). Beberapa faktor demografi yang berpengaruh pada tingkat kecemasan antara lain:

### Jenis Kelamin.

Secara umum, gangguan psikis dapat dialami oleh perempuan dan laki-laki secara seimbang. Namun kemampuan dan ketahanan dalam menghadapi kecemasan dan mekanisme koping secara luas lebih tinggi pada laki-laki. Oleh karena itu, perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.

### Usia

Usia erat kaitannya dengan tingkat perkembangan seseorang dan kemampuan koping terhadap stres. Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan. Kategori umur menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 yakni sebagai berikut :

1. Masa balita usia 0 – 5 tahun
2. Masa kanak-kanak usia 5 – 11 tahun
3. Masa remaja awal usia 12 – 16 tahun
4. Masa remaja akhir usia 17 – 25 tahun
5. Masa dewasa awal usia 26 – 35 tahun
6. Masa dewasa akhir usia 36 – 45 tahun
7. Masa lansia awal usia 46 – 55 tahun
8. Masa lansia akhir usia 56 – 65 tahun
9. Masa manula usia 65 – ke atas

### Pendidikan.

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pendidikan adalah tahapan pembelajaran yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemampuan yang dikembangkan, terdiri dari pendidikan dasar (jenjang pendidikan awal selama sembilan tahun pertama masa sekolah anak yang melandasi jenjang pendidikan menengah), pendidikan menengah (jenjang pendidikan lanjutan pendidikan dasar) dan pendidikan tinggi (jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi). Orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan .

### Pekerjaan.

Menurut Setiawan (2021) Pekerjaan adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan oleh manusia untuk tujuan tertentu yang dilakukan dengan cara yang baik dan benar. Manusia perlu bekerja untuk mempertahankan hidupnya. Dengan bekerja seseorang akan mendapatkan uang. Uang yang diperoleh dari hasil bekerja tersebut digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Bekerja atau memiliki aktivitas merupakan salah satu bentuk perilaku hidup aktif, hal ini berkaitan dengan penghasilan dan penghasilan sering dikaitkan dengan pemenuhan kebutuhan manusia. Seseorang dapat melakukan sesuatu untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan meningkatkan interaksi sosialnya dengan bekerja dan apabila tidak bekerja, maka menyebabkan kurangnya perilaku hidup aktif yang berkaitan dengan tingginya waktu kosong termasuk dalam berinteraksi sosial dan mendorong rasa bosan atau jenuh, sehingga dapat mengarahkan pada kecemasan.

### Status Pernikahan.

Pengertian perkawinan menurut ketentuan Pasal 1 UU Perkawinan (dalam Wibowo T. Tunardi, SH., 2012) adalah ikatan lahir batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Kecemasan terjadi 4 kali lebih sering dengan status tidak menikah dibandingkan yang status menikah dan gangguan kecemasan berat sering terjadi pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat, pada umumnya, individu yang berstatus tidak nikah sering kehilangan dukungan yang cukup besar yang menyebabkan suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan kesendirian.

## Perawat

### Defenisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang profesional mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan dan asuhan yang berhubungan dengan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan (Kusnanto, 2004). Sedangkan menurut UU 38 Tahun 2014 Perawat adalah seseorang yang telah lulus dalam pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang di akui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan Perundang- undangan.

### Peran Perawat

Perawat mengemban beberapa peran saat mereka memberi asuhan kepada kliennya. Perawat sering menjalankan peran ini secara bersamaan, tanpa membedakan satu peran dengan yang lain. Sebagai contoh, perawat dapat bertindak sebagai seorang konsultan saat memberi perawatan fisik dan memberi penyuluhan tentang aspek asuhan yang diberikan tersebut. Peran yang dibutuhkan pada waktu tertentu bergantung pada kebutuhan klien dan aspek dalam lingkungan tertentu. Berikut adalah peran-peran perawat (Kozier, 2016).

1. Pemberi Asuhan

Sejak dahulu, peran pemberi asuhan meliputi tindakan yang membantu klien secara fisik maupun psikologis sambil tetap memelihara martabat klien. Tindakan keperawatan yang dibutuhkan dapat berupa asuhan total bagi klien yang mengalami ketergantungan total, asuhan parsial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian, dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu klien mencapai kemungkinan tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi. Pemberian asuhan mencakup asuhan fisik, psikososial, perkembangan, budaya, dan spiritual. Seorang perawat dapat memberikan asuhan secara langsung atau mendelegasikannya ke pemberi asuhan lain.

1. Komunikator

Komunikasi merupakan bagian tak terpisahkan dari semua peran perawat. Perawat berkomunikasi dengan klien, orang pendukung, profesional kesehatan lain, dan individu yang ada didalam masyarakat. Dalam perannya sebagai komunikator, perawat mengidentifikasi masalah klien dan kemudian mengkomunikasikan hal ini secara verbal atau tertulis kepada anggota lain dalam tim kesehatan. Kualitas komunikasi seorang perawat merupakan faktor penting dalam asuhan keperawatan. Perawat harus mampu berkomunikasi dengan jelas dan akurat agar dapat memenuhi kebutuhan kesehatan klien.

1. Pendidik

Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan kesehatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan tersebut. Perawat mengkaji kebutuhan belajar dan kesiapan belajar klien, menentukan tujuan belajar khusus bersama klien, menerapkan strategi pendidikan, dan mengukur hasil belajar.

1. Advokat Klien

Advokat klien bertindak melindungi klien. Dalam peran ini, perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional kesehatan lain, seperti menyampaikan keinginan klien mengenai informasi yang ingin ia ketahui kepada dokter atau tenaga kesehatan lain. Perawat juga membantu klien mendapatkan hak-haknya dan membantu mereka menyampaikan keinginan mereka sendiri.

1. Konselor

Konseling adalah proses membantu klien untuk mengenali dan menghadapi masalah-masalah psikologis dan sosial yang sangat menekan, untuk membina hubungan interpersonal yang sudah membaik, dan untuk meningkatkan perkembangan personal. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual, dan psikologis. Perawat memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal dan berfokus dalam membantu individu tersebut untuk mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan cara mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenali pilihan-pilihan yang tersedia, dan mengembangkan rasa pengendalian diri.

1. Agen Pengubah

Perawat bertindak sebagai agen pengubah saat membantu orang lain yakni klien, memodifikasi perilaku mereka. Perawat juga sering berperan serta untuk melakukan perubahan dalam satu sistem, misalnya asuhan klinis, jika hal ini tidak membantu klien kembali ke kondisi kesehatannya. Perawat secara berkelanjutan berhubungan dengan perubahan dalam sistem asuhan kesehatan. Perubahan teknologi, perubahan usia populasi klien, dan perubahan pengobatan yang digunakan sebenarnya hanya segelintir perubahan yang dihadapi oleh perawat setiap hari.

1. Pemimpin

Seorang pemimpin mempengaruhi orang lain untuk bekerja sama guna mencapai tujuan tertentu. Peran pemimpin dapat diterapkan pada tingkatan yang berbeda, yakni pada klien perorangan, kelompok klien, kolega, ataupun komunitas. Kepemimpinan yang efektif merupakan proses belajar yang memerlukan pemahaman terhadap kebutuhan dan tujuan yang memotivasi orang lain, pengetahuan untuk menerapkan keterampilan memimpin, dan kemampuan interpersonal untuk mempengaruhi orang lain.

1. Manajer

Perawat mengatur pemberian asuhan keperawatan bagi individu, keluarga, dan komunitas. Perawat manajer juga mendelegasikan tindakan keperawatan kepada para staf pendukung dan perawat lain, dan memantau serta mengevaluasi kinerja mereka. Kegiatan mengatur membutuhkan pengetahuan mengenai struktur dan dinamika organisasi, kewenangan dan tanggung jawab, kepemimpinan, teori perubahan, advokasi, delegasi, dan supervisi serta evaluasi.

1. Manajer Kasus

Perawat manajer kasus bekerja dalam tim asuhan kesehatan multidisiplin untuk mengukur efektivitas rencana manajemen kasus dan untuk memantau hasil. Setiap lembaga atau unit menyebutkan peran perawat manajer kasus. Pada beberapa institusi, manajer kasus bekerja dengan perawat primer atau staf perawat untuk mengawasi asuhan dari beban kasus tertentu. Di lembaga lain, manajer kasus adalah perawat primer atau perawat yang memberikan beberapa tingkatan perawatan langsung kepada klien dan keluarga.

1. Konsumen Penelitian

Perawat sering memanfaatkan penelitian untuk memperbaiki asuhan klien. Dalam area klinis, perawat perlu: memahami proses dan bahasa penelitian, peka terhadap isu terkait untuk melindungi hak-hak asasi subjek, berpartisipasi dalam mengidentifikasi masalah penting yang dapat diteliti, dan menjadi konsumen yang dapat membedakan temuan penelitian.

1. Perluasan peran karir

Kini para perawat dapat mewujudkan peran karir yang semakin luas. Seperti perawat praktisi, perawat spesialis klinis, perawat peneliti, perawat anestesi, perawat administrator, perawat pendidik, dan perawat pengusaha.

### Fungsi Perawat

Fungsi adalah rincian tugas yang sejenis atau erat hubungannya satu sama lain untuk dilakukan oleh seorang pegawai tertentu yang masing-masing berdasarkan sekelompok aktivitas sejenis menurut sifat atau pelaksanaannya. Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah dari satu keadaan ke keadaan yang lain. Ada tiga jenis fungsi perawat dalam melaksanakan perannya, yaitu (Febriana, 2017) :

1. Fungsi Independen

Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan ilmu keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab terhadap akibat yang timbul dari tindakan yang diambil.

1. Fungsi Dependen

Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang menjadi wewenang dokter dan seharusnya dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan. Oleh karena itu, setiap kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter. Setiap tindakan perawat yang berdasarkan perintah dokter, dengan menghormati hak pasien tidak termasuk dalam tanggung jawab perawat.

1. Fungsi Interdependen

Tindakan perawat berdasarkan pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan. Fungsi ini tampak ketika perawat bersama tenaga kesehatan lainnya berkolaborasi mengupayakan kesembuhan pasien. Mereka biasanya tergabung dalam sebuah tim yang dipimpin oleh seorang dokter. Sebagai sesama tenaga kesehatan, masing-masing tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan bidang ilmunya. Dalam kolaborasi ini, pasien menjadi fokus upaya pelayanan kesehatan. Contohnya, untuk menangani ibu hamil yang menderita diabetes, perawat bersama tenaga gizi berkolaborasi membuat rencana untuk menentukan kebutuhan makanan yang diperlukan bagi ibu dan perkembangan janin. Ahli gizi memberikan kontribusi dalam perencanaan makanan, dan perawat mengajarkan pasien memilih makan sehari-hari. Dalam fungsi ini, perawat bertanggung jawab secara bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain terhadap kegagalan pelayanan kesehatan terutama untuk bidang keperawatannya.

## Kecemasan

### Defenisi Kecemasan

Kecemasan merupakan perasaan takut yang tidak jelas yang disertai dengan adanya perasaan ketidakpastian, ketidakamanan, ketidakberdayaan dan isolasi (Gail Wiscarz Stuart, 2016). Kecemasan merupakan gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya rasa khawatir dan ketakutan yang berkelanjutan tetapi tidak mengalami gangguan dalam realita, kepribadian masih tetap utuh, perilaku terganggu tetapi masih dalam batas normal.

Kecemasan adanya rasa takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan karena adanya antisipasi bahaya yang merupakan sinyal bagi individu dalam mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman ( Sutejo, 2016). Jadi dapat disimpulkan bahwa kecemasan merupakan reaksi emosional pada seseorang yang tidak jelas yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam disebabkan adanya ketegangan dari luar tubuh.

### Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Suliswati (2014), menjelaskan ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu:

1. Faktor predisposisi yang meliputi:
2. Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
3. Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
4. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
5. Frustasi akan menimbulkan ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
6. Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
7. Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani kecemasan akan mempengaruhi individu dalam berespons terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
8. Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
9. Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepine dapat menekan neurotransmiter Gamma Amino Butyric Acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.
10. Faktor presipitasi meliputi:
11. Ancaman terhadap integritas fisik, ketegangan yang mengancam integritas fisik meliputi:
12. Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologi sistem imun, regulasi suhu tubuh, dan perubahan biologis normal.
13. Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, dan tidak adekuatnya tempat tinggal.
14. Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.
15. Sumber internal, meliputi kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah, di tempat kerja, dan penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
16. Sumber eksternal, meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, dan sosial budaya

Sementara itu, Gail W Stuart & Sundeen ( 2012) juga menyebutkan faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan, antara lain:

1. Faktor Eksternal
2. Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang akan dilakukan).
3. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu.
4. Faktor Internal
5. Usia

Usia erat kaitannya dengan tingkat perkembangan seseorang dan kemampuan koping terhadap stres. Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan.

1. Jenis Kelamin

Secara umum, gangguan psikis dapat dialami oleh perempuan dan laki-laki secara seimbang. Namun kemampuan dan ketahanan dalam menghadapi kecemasan dan mekanisme koping secara luas lebih tinggi pada laki-laki. Oleh karena itu, perempuan memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki dikarenakan bahwa perempuan lebih peka dengan emosinya yang pada akhirnya peka juga terhadap perasaan cemasnya.

1. Tingkat Pengetahuan

Dengan pengetahuan yang dimiliki, akan membantu seseorang dalam mempersepsikan suatu hal, sehingga seseorang dapat menurunkan perasaan cemas yang dialami. Pengetahuan ini sendiri biasanya diperoleh dari informasi yang didapat dan pengalaman yang pernah dilewati individu.

1. Tipe Kepribadian

Orang dengan tipe kepribadian A dengan ciri-ciri tidak sabar, kompetitif, ambisius, dan ingin serba sempurna lebih mudah mengalami gangguan kecemasan daripada orang dengan tipe kepribadian B.

1. Lingkungan dan Situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati.

### Tanda dan Gejala Kecemasan

Menurut Stuart Gail W Stuart & Sundeen (2012) menjelaskan respon/gejala kecemasan ditandai oleh empat aspek, yaitu:

1. Respon fisiologis terhadap kecemasan :
2. Kardiovaskuler: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, dan denyut nadi menurun.
3. Pernapasan: napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorok, sensasi tercekik, dan terengah-engah.
4. Neuromuskular: reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedipkedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, dan gerakan yang jangkal.
5. Gastrointestinal: kehilangan nafsu makan, menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, dan diare.
6. Traktus Urinarius: tidak dapat menahan kencing dan sering berkemih.
7. Kulit: wajah kemerahan, berkeringat setempat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, dan berkeringat seluruh tubuh.
8. Respon prilaku: gelisah, ketegangan, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah, menghindari, dan hiperventilasi.
9. Kognitif: perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, bidang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian.
10. Afektif: mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, gugup, dan gelisah

### Jenis dan Tingkatan Kecemasan

1. Menurut Freud (2002 dalam Riadi, 2019) terdapat tiga jenis kecemasan:
2. Kecemasan realistik, yaitu ketakutan terhadap bahaya atau ancaman nyata yang ada dilingkungan maupun didunia luar.
3. Kecemasan neorotik, yaitu ketakutan terhadap hukuman yang akan menimpanya, kecemasan ini berkembang adanya pengalaman yang diperoleh pada masa kanak-kanak terkait dengan hukuman atau ancaman dari orang tua maupun orang lain yang otoritas jika melakukan perbuatan salah (implusif).
4. Kecemasan moral, yaitu rasa takut pada suara hati (super ego).
5. Menurut Stuart & Sundeen, (2007), kecemasan ada empat tingkatan:
6. Kecemasan ringan, kecemasan ini terjadi karena adanya kekecewaan yang berhubungan dengan adanya ketegangan pada kehidupan sehari- hari, tetapi kecemasan ini bisa memotifasi untuk belajar dan menghasilkan kreatifitas.
7. Kecemasan sedang, kecemasan ini berfokus pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu, sehingga individu kurang selektif.
8. Kecemasan berat, sangat mempengaruhi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada suatu yang spesifik dan rinci serta tidak berfikir pada hal yang lain.
9. Kecemasan panik, kecemasan atau ketakutan berhubungan dengan teror, terperangah, takut dan cendrung mengalami hilang kendali, kehilangan pemikiran yang rasional, tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan bila berlangsung lama dapat mengalami kelelahan dan keletihan.
10. Berdasarkan HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) kecemasan dapat dikelompokan dengan gejala-gejalas secara spesifik (Hawari Dadang, 2011):
11. Perasaan meliputi firasat buruk, rasa cemas, mudah tersinggung.
12. Ketegangan meliputi ; lesu, tidak bisa istirahat dengan tenang, rasa tegang, mudah menangis, mudah tersinggung, mudah terkejut, gemetar dan gelisah.
13. Ketakutan meliputi: takut ditinggal sendiri, takut pada keramain, takut pada orang asing.
14. Gangguan tidur yaitu sering terbangun tengah malam, tidak bisa tidur nyenyak, mimpi buruk, susah tidur.
15. Gangguan kecerdasan: tidak bisa konsentrasi, ingatan menurun.
16. Gangguan depresi: sering merasa sedih, hilangnya minat, berkurangnya kesenangan terhadap hobi.
17. Gejala somatik; merasa sakit pada tubuh, otot2 persendian,kaku.
18. Gejala pendengaran : telinga berdenging, penglihatan kabur, muka merah.
19. Gejala kardiovaskuler misalnya berdebar-debar, nadi kencang, lemas detak jantung menghilang berhenti sekejap.
20. Gejala respiratorik , misalnya merasa sesak nafas, tercekik, napas pendek dan dangkal.
21. Gejala gastro intestinal meliputi: rasa terbakar diperut, mual, perut terasa melilit, kembung, muntah, susah buang air besar.
22. Gejala urogenital meliputi: sering buang air kecil, tidak datang menstruasi, haid yang berlebihan, masa haid yang pendek.
23. Gejala autonom meliputi mudah berkeringat, sakit kepala, sering merasa pusing, mulut kering.
24. Tingkah laku meliputi gemetar, kulit kering, napas pendek dan cepat, gelisah, muka tegang.

Cara memberikan penilaian terhadap tigkat kecemasan menurut *Hamilton Rating Scale For Anxiety* ( HRS-A) terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing- masing dirinci lagi dengan gejala-gejala spesifik. Masing- masing kelompok gejala diberi penilaian angka ( score ) antara 0 - 4.

Nilai :

0 = Tidak ada gejala

1 = Gejala ringan

2 = Gejala sedang

3 = Gejala berat

4 = Gejala berat sekali

Masing- masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui drajat kecemasan seseorang yaitu:

Total nilai ( score ):

<14 = tidak ada kecemasan

14 – 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

> 41 = kecemasan berat sekali

### Penatalaksanaan Kecemasan.

Hawari Dadang (2011), penatalaksanaan atau manajemen pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan metode pendekatan yang bersifat holistik:

1. Penatalaksanaan farmakologi.

Dengan menggunakan obat – obatan misalnya anti kecemasan benzodiazepim, obat ini tidak boleh digunakan dalam waktu lama karena bisa mnyebabkan ketergantungan

1. Non farmakologi.
2. Distraksi : merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan mengalihkan perhatian dari rasa cemas . Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endokrin akan menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimulus yang ditransmisikan ke otak .
3. Relaksasi: Terapi relaksasi yang dapat dilakukan berupa relaksasi, tarik nafas dalam, rmediasi, relaksai imajinasi dan visualisasi.

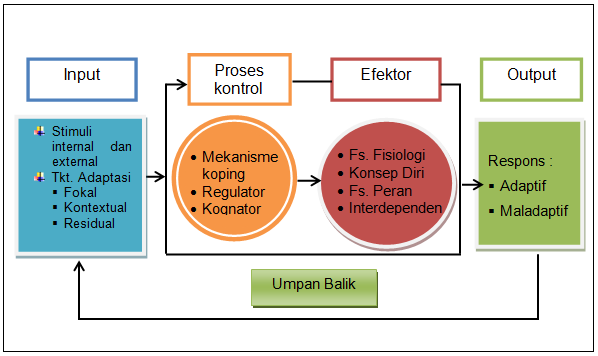
## Konsep Keperawatan Calista Roy

### Teori keperawatan Calista Roy

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy (1984,dalam Perawat, 2020) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Roy mendefinisikan tujuan dari asuhan keperawatan adalah sebagai peningkatan dari respon adaptasi ke empat model adaptasi. Kondisi seseorang sangat ditentukan oleh tingkat adaptasinya, yaitu apakah seseorang berespon secara positif terhadap rangsang interna atau eksterna. “*The Roy’s Adaptation Model*”,(1984 dalam Saskia, 2017) menjelaskan 4 (empat) elemen essensial dalam model adaptasi keperawatan yaitu: Manusia, lingkungan, Kesehatan dan Keperawatan.

Manusia Sebagai System Adaptive.

Dalam model adaptasi keperawatan menurut Roy manusia dijelaskan sebagai suatu sistim yang hidup, terbuka dapat menyesuaikan diri dari perubahan suatu unsur, zat, materi yang ada dilingkungan. Sebagai sistim yang dapat menyesuikan diri manusia dapat digambarkan dalam karakteristik sistem, manusia dilihat sebagai suatu kesatuan yang saling berhubungan antara unit unit fungsionil atau beberapa unit fungsionil yang mempunyai tujuan yang sama. Sebagai suatu sistim manusia dapat juga dijelaskan dalam istilah Input, Control, Proses Feedback, dan Output.



Gambar 2.1 Skema Manusia Sebagai Sistem Adaptive (Alligood & Marriner-Tomey, 2006)

Lingkungan

Roy menjelaskan bahwa Lingkungan digambarkan sebagai stimulus (stressor) lingkungan sebagai stimulus terdiri dari dunia dalam (internal) dan diluar (external) manusia.(Faz Patrick & Wall,1989).

Stimuluis Internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh manusia berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian dan Proses stressor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu.

Stimulus External dapat berupa fisik, kimiawi, maupun psikologis yang diterima individu sebagai ancaman (dikutip Nursalam;2003).

Kesehatan (Adaptive dan Maladaptif)

Definisi kesehatan ini lebih dari tidak adanya sakit tapi termasuk penekanan pada kondisi baik. Dalam model adaptasi keperawatan konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi. Adaptasi yang tidak memerlukan energi dari koping yang tidak efektif dan memungkinkan manusia berespon terhadap stimulus yang lain. Mengurangi dan tidak menggunakan energi ini dapat meningkatkan penyembuhan dan mempertinggi kesehatan, ini adalah pembebasan energi yang dihubungkan dengan konsep adaptasi dan kesehatan. Adaptasi adalah komponen pusat dalam model adaptasi keperawatan didalamnya menggambarkan manusia sebagai sistem yang dapat menyesuaikan diri . Adaptasi dipertimbangkan baik proses koping terhadap stressor dan produk akhir dari koping. Proses adaptasi termasuk fungsi holistik untuk mempengaruhi kesehatan secara positif dan itu meningkatkan integritas.

Keperawatan.

Roy menggambarkan keperwatan sebagai disiplin ilmu dan praktek . Sebagai ilmu, keperawatan “mengobservasi,mengklasifikasi dan menghubungkan “ proses yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan .Sebagai disiplin praktek keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan secara ilmiah untuk menyediakan pelayanan pada orang-orang. Keperawatan adalah sepanjang menyangkut seluruh kehidupan manusia yang berinteraksi dengan perubahan lingkungan dan jawaban terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Ketika stressor yang tidak biasa (focal stimulus) atau koping mekanisme yang lemah membuat upaya manusia yang biasa menjadi koping yang tidak efektif manusia memerlukan seorang perawat. Ini tidak harus, bagaimanapun diinterpretasi untuk memberi arti bahwa aktivitas tidak hanya diberikan ketika manusia itu sakit .

* + 1. **Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematik. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2011)

* + 1. **Tujuan Proses Keperawatan**

Tujuan proses keperawatan menurut Manurung (2011) adalah sebagai berikut:

1. Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
2. Menggunakan standar untuk praktik keperawatan.
3. Memperoleh metoda yang baku dan sesuai, rational dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
4. Memperoleh metoda yang dapat digunakan dalam segala situasi.
5. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.
   * 1. **Komponen Proses Keperawatan Jiwa**

Menurut Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, (2015) Kondisi keperawatan dan perilaku keperawatan berhubungan dengan tiap tahap proses keperawatan jiwa. Komponen atau tahapan proses keperawatan jiwa adalah sebagai berikut :

1. Standar I Pengkajian

Perawat kesehatan jiwa mengumpulkan data kesehatan pasien.

Rasional:

Wawancara pengkajian yang memerlukan keterampilan komunikasi efektif secara linguistik dan kultural, wawancara, observasi perilaku, tinjauan catatan-catatan data dasar, serta pengkajian komprehensif terhadap pasien dan sistem yang relevan memungkinkan perawat kesehatan jiwa-psikiatri untuk membuat penilaian klinis dan rencana tindakan yang tepat dengan pasien.

1. Standar II Diagnosis

Perawat kesehatan jiwa menganalisis data pengkajian dalam menentukan diagnosis.

Rasional:

Landasan untuk pemberian asuhan keperawatan kesehatan jiwa adalah pengenalan dan pengidentifikasian pola respons terhadap masalah kesehatan jiwa atau penyakit psikiatri yang aktual dan potensial.

1. Standar III Identifikasi Hasil

Perawat kesehatan jiwa mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan bersifat individual untuk tiap pasien.

Rasional:

Dalam konteks pemberian asuhan keperawatan, tujuan yang paling utama adalah memengaruhi hasil kesehatan dan meningkatkan status kesehatan pasien.

1. Standar IV Perencanaan

Perawat kesehatan jiwa mengembangkan rencana asuhan yang menggambarkan intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan.

Rasional:

Rencana asuhan digunakan untuk memandu intervensi terapeutik secara sistematis dan mencapai hasil pasien yang diharapkan.

1. Standar V Implementasi

Perawat kesehatan jiwa mengimplementasikan intervensi yang teridentifikasi dalam rencana Asuhan

Rasional:

Dalam mengimplementasikan rencana asuhan, perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi yang dirancang untuk mencegah penyakit fisik dan mental, meningkatkan, mempertahankan, serta memulihkan kesehatan fisik dan mental. Perawat kesehatan jiwa-psikiatri memilih intervensi sesuai dengan tingkat praktiknya. Pada tingkat dasar, perawat dapat memilih konseling, terapi lingkungan, aktivitas asuhan mandiri, intervensi psikobiologis, penyuluhan kesehatan, manajemen kasus, peningkatan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan, serta berbagai pendekatan lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mental pasien. Selain pilihan intervensi yang tersedia untuk perawat kesehatan jiwa-psikiatri tingkat dasar, pada tingkat lanjut spesialis yang diakui (yang mempunyai sertifikasi) boleh memberikan konsultasi, terlibat dalam psikoterapi, dan menentukan agen farmakologis sesuai dengan peraturan negara bagian.

1. Standar Va. Konseling

Perawat kesehatan jiwa menggunakan intervensi konseling untuk membantu pasien meningkatkan atau memperoleh kembali kemampuan koping, memelihara kesehatan mental, dan mencegah penyakit atau ketidakmampuan mental.

1. Standar Vb. Terapi Lingkungan

Perawat kesehatan jiwa memberikan, membentuk, serta mempertahankan suatu lingkungan yang terapeutik dalam kolaborasinya dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan lain.

1. Standar Vc. Aktivitas Asuhan Mandiri

Perawat kesehatan jiwa membentuk intervensi sekitar aktivitas kehidupan sehari-hari pasien untuk memelihara asuhan mandiri dan kesejahteraan jiwa dan fisik.

1. Standar Vd. Intervensi Psikobiologis

Perawat kesehatan jiwa menggunakan pengetahuan intervensi psikobiologis dan menerapkan keterampilan klinis untuk memulihkan kesehatan pasien dan mencegah ketidakmampuan lebih lanjut.

1. Standar Ve. Penyuluhan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa, melalui penyuluhan kesehatan, serta membantu pasien dalam mencapai pola kehidupan yang memuaskan, produktif, dan sehat.

1. Standar Vf. Manajemen Kasus

Perawat kesehatan jiwa menyajikan manajemen kasus untuk mengoordinasi pelayanan kesehatan yang komprehensif serta memastikan kesinambungan asuhan.

1. Standar Vg. Pemeliharaan dan Peningkatan Kesehatan

Perawat kesehatan jiwa menerapkan strategi dan intervensi untuk meningkatkan, memelihara kesehatan jiwa, serta mencegah penyakit jiwa.

Catatan:

Intervensi Praktik Tahap Lanjut Vh–Vj

Intervensi berikut ini (Vh–Vj) hanya mungkin dilakukan oleh spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa-psikiatri.

1. Standar Vh. Psikoterapi

Spesialis yang bersertifikasi dalam keperawatan kesehatan jiwa menggunakan psikoterapi individu, psikoterapi kelompok, psikoterapi keluarga, psikoterapi anak, serta pengobatan terapeutik lain untuk membantu pasien untuk memelihara kesehatan jiwa, mencegah penyakit jiwa dan ketidakmampuan, serta memperbaiki atau mencapai kembali status kesehatan dan kemampuan fungsional pasien.

1. Standar Vi. Preskripsi Agen Farmakologis

Spesialis yang bersertifikasi menggunakan preskripsi agen farmakologis sesuai dengan peraturan praktik keperawatan negara bagian, untuk mengatasi gejala-gejala gangguan jiwa dan meningkatkan status kesehatan fungsional.

1. Standar Vj. Konsultasi

Spesialis yang bersertifikasi memberikan konsultasi kepada pemberi pelayanan kesehatan dan lainnya untuk memengaruhi rencana asuhan kepada pasien, dan memperkuat kemampuan yang lain untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri serta membawa perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa dan psikiatri.

1. Standar Vl. Evaluasi

Perawat kesehatan jiwa mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang diharapkan.

Rasional:

Asuhan keperawatan adalah proses dinamik yang melibatkan perusahaan dalam status kesehatan pasien sepanjang waktu, pemicu kebutuhan terhadap data baru, berbagai diagnosis, dan modifikasi rencana asuhan. Oleh karena itu, evaluasi merupakan suatu proses penilaian berkesinambungan tentang pengaruh intervensi keperawatan dan regimen pengobatan terhadap status kesehatan pasien dan hasil kesehatan yang diharapkan.

# 

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

## Kerangka Konsep

**Proses**

**Proses**

**Output**

**Input**

Respon tubuh dan perilaku :

1. Perasaan
2. Ketegangan
3. Ketakutan
4. Gangguan tidur
5. Gangguan kecerdasan
6. Gangguan depresi
7. Gejala somatik
8. Gejala pendengaran
9. Gejala kardiovaskuler
10. Tingkah laku
11. Gejala gastro intestinal
12. Gejala urogenital
13. Gejala autonom
14. Gejala respiratorik

Faktor Internal yang mempengaruhi kecemasan

Demografi Perawat

* Usia
* Jenis Kelamin
* Pendidikan
* Lama bekerja
* Status Pernikahan

Faktor Eksternal yang mempengaruhi kecemsan :

Ancaman terhadap sistem diri

Tingkat Kecemasan:

* tidak ada kecemasan
* kecemasan ringan
* kecemasan sedang
* kecemasan berat
* kecemasan berat sekali

Ancaman terhadap integritas fisik (Perawat dalam merawat pasien Skizofrenia )

Lingkungan dan Situasi

Tipe Kepribadian

Variabel tidak diteliti

Variabel diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat

Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah

Provinsi Jawa Timur

## Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesa dari penelitian ini bertujuan untuk menganalisa kemungkinan adanya Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

# 

**METODE PENELITIAN**

Pada bab metode penelitian ini akan menjelaskan mengenai: Desain penelitian, Kerangka kerja, Waktu dan Tempat Penelitian, Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, Identifikasi Variabel, Definisi Operasional, Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data dan juga Etika Penelitian.

## Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dimana dilakukan observasi untuk mengidentifikasi apakah variabel independen yang meliputi Faktor Demografi Perawat mempengaruhi variabel dependen yakni Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia.. Desain penelitian untuk mengetahui Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur adalah dengan menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan cross sectional. Jenis penelitian ini menekankan pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Desain ini akan membandingkan Faktor Demografi Perawat ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan ) sebagai variabel independen Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia sebagai variabel dependennya (Nursalam, 2016).

Variabe 1

Diskripsi variabel

Interpretasi Makna / arti

Uji Hubungan

Variabe 2

Diskripsi variabel

Gambar 4.1 Desain penelitian cross sectional

## Kerangka Kerja

Populasi

Petugas Kesehatan : Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur di Rang Rawat Inap Skizofrenia dan IGD Yang Bejumlah 127 Orang

Sampling

Menggunakan *Probability sampling* dengan *Simple Random Sampling*

Pengumpulan Data

Kuisioner Untuk Data Demografi, Kuisioner Tingkat Kecemasan

Sampel

Petugas Kesehatan : Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya jumlah 102 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan ekslusi

Pengolahan Data

*Editing, coding, Processing, cleaning*

Analisa Data

Hasil dan Pembahasan

Kesimpulan dan Saran

Gambar 4.1 Kerangka Kerja Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat

Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah

Provinsi Jawa Timur

## Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada tanggal 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Peneliti mengambil sampel dari perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

## Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

### Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Setiadi, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang bekerja di Ruang Instalasi Gawat Darurat dan Ruang Rawat Inap Jiwa (skizofrenia). Jumlah keseluruhan populasi yaitu 127 perawat.

### Sampel Penelitian

Sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Setiadi, 2013). Besarnya sampel dalam penelitian ini minimal 91 perawat yang diperoleh dari rumus :

n = N

1+N(d)²

n = 127

1+167(0,05)²

n = 127

1,4

n = 90,71

n = 91

Keterangan :

N= jumlah populasi

n= jumlah sampel

d = taraf nyata atau batas kesalahan

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016). Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang memenuhi syarat sampel. Kriteria dalam penelitian ini adalah :

1. Kriteria inklusi :
2. Perawat pelaksana di IGD,Ruang Perawatan Jiwa ( R. Kenari, R.Gelatik, R. Puri Anggrek, R. Wijaya Kusuma, R. Flamboyan )
3. Minimal pendidikan perawat adalah D-III Keperawatan.
4. Perawat bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.
5. Kriteria ekslusi :
6. Perawat pelaksana di poli jiwa, poli spesialis dan tumbang. Ruang rawat inap napza.

Dengan demikian besar sampel adalah 91. Jumlah tersebut adalah jumlah minimal yang bisa diambil sebagai responden, dalam penelitian ini menggunakan sampel penelitian sebanyak 102 orang perawat

### Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Jiwantoro, 2017). Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan probability sampling dengan simple random sampling adalah pengambilan sampel acak sederhana, teknik penarikan sampel menggunakan cara ini memberikan kesempatan yang sama bagi setiap anggota populasi untuk menjadi sampel penelitian. Dalam random sampling setiap perawat pelaksana di semua ruang rawat inap dan rawat jalan mempunyai kesempatan untuk menjadi sampel. Perawat akan dipilih secara acak melalui tabel bilangan random yang tertera pada absensi perawat pada masing masing ruangan untuk mengisi kuisioner yang disediakan oleh peneliti melalui google form.

## Identifikasi Variabel

Variabel adalah konsep dari berbagai level abstrak yang diidentifikasikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini terdapat dua variabel yaitu variable independen (variabel bebas) dan variabel dependen (variabel terikat).

Variabel Independen (Variabel bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Faktor Demografi Perawat ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan ).

Variabel Dependen (Variabel terikat)

Variabel terikat (dependent) merupakan suatu variabel penelitian yang memiliki ketergantungan kepada variabel penelitian lainnya (Nursalam, 2016). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia.

## 

## Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga mempermudahkan pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2013).

Tabel 4. 2 Definisi Operasional Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur

Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Definisi  Operasional | Indikator | Alat Ukur | Skala | Skor |
| 1. Variabel Independen   (Faktor Demografi Perawat : Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan ) | Responden mengisi kuisioner sesuai dengan keadaan dirinya dari pertanyaan   1. Usia   Usia adalah lama waktu hidup atau ada sejak dilahirkan.   1. Jenis Kelamin   Perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir.   1. Status Menikah   Status seseorang antara pernah menikah atau belum menikah.   1. Lama Bekerja   Berapa lama orang tersebut bekerja di bidangnya   1. Pendidikan   tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. | * 20-25 tahun * 26-30 tahun * 31-35 tahun * 36-40 tahun * 41-45 tahun * 46-50 tahun * 51-55 tahun * Laki-laki * Perempuan * Menikah * Belum menikah * < 1 Tahun * 1-5 Tahun * ˃ 5 Tahun * D III * D IV / S1 * S2 | Kuisioner  Kuisioner  Kuisioner  Kuisioner  Kuisioner | Ratio  Nominal  Nominal  Ratio  Ordinal | - |
| 1. Variabel Dependen (Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia.) | Kecemasan atau anxietas merupakan perasaan takut yang tidak jelas yang disertai dengan adanya perasaan ketidak pastian, ketidak amanan, ketidak berdayaan dan isolasi (Stuart, 2016). | Menggunakan skala HRS-A 14  (Hamilton Rating Scale for Anxiety)   * Perasaan * Ketegangan * Ketakutan * Gangguan tidur * Gangguan kecerdasan * Gangguan depresi * Gejala somatik * Gejala pendengaran * Gejala kardiovaskuler * Tingkah laku * Gejala gastro intestinal * Gejala urogenital * Gejala autonom * Gejala respiratorik | Kuisioner | Ordinal | 1. Tidak ada kecemasan:   < 14   1. Kecemasan ringan:   14 - 20   1. Kecemasan sedang:   21 – 27   1. Kecemasan Berat:   28 – 41   1. Kecemasan berat sekali:   > 41 |

## 

## Pengumpulan data Pengolahan Data

### Pengumpulan data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau cara yang diperlukan untuk pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data valid, andal (reliable), dan aktual. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan metode angket. Menurut Arikunto (2014), “Angket adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya”. Dalam penelitian ini penulis menggunakan angket tertutup secara langsung, maksudnya angket tersebut diberikan secara langsung kepada responden untuk memilih alternatif jawaban yang telah disediakan. Data yang dikumpulkan melalui angket dalam penelitian ini adalah lembar kuisioner untuk data demografi, lembar kuisioner untuk penilaian Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Skizofrenia dan lembar quisioner untuk penilaian Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia.

1. Instrumen data demografi

Instrumen data demografi menggunakan lembar kuesioner dimana data demografi berupa 8 pertanyaan kepada Perawat responden seperti Usia, Jenis kelamin, Status Pernikahan, Unit Bekerja, Lama bekerja, dan Pendidikan Terakhir.

1. Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia menggunakan kuesioner yang berisi pertanyaan untuk mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan HRS- A (Hamilton Rating Scale for Anxiety). Terdiri dari 14 item pertanyaan yang berisikan tanda kecemasan dapat dikelompokan dengan gejala-gejalas secara spesifik (Hawari Dadang, 2011) :

1. Perasaan meliputi firasat buruk, rasa cemas, mudah tersinggung.
2. Ketegangan meliputi ; lesu, tidak bisa istirahat dengan tenang, rasa tegang, mudah menangis, mudah tersinggung, mudah terkejut, gemetar dan gelisah.
3. Ketakutan meliputi: takut ditinggal sendiri, takut pada keramain, takut pada orang asing.
4. Gangguan tidur yaitu sering terbangun tengah malam, tidak bisa tidur nyenyak, mimpi buruk, susah tidur.
5. Gangguan kecerdasan: tidak bisa konsentrasi, ingatan menurun.
6. Gangguan depresi: sering merasa sedih, hilangnya minat, berkurangnya kesenangan terhadap hobi.
7. Gejala somatik; merasa sakit pada tubuh, otot2 persendian,kaku.
8. Gejala pendengaran : telinga berdenging, penglihatan kabur, muka merah.
9. Gejala kardiovaskuler misalnya berdebar-debar, nadi kencang, lemas detak jantung menghilang berhenti sekejap.
10. Gejala respiratorik , misalnya merasa sesak nafas, tercekik, napas pendek dan dangkal.
11. Gejala gastro intestinal meliputi: rasa terbakar diperut, mual, perut terasa melilit, kembung, muntah, susah buang air besar.
12. Gejala urogenital meliputi: sering buang air kecil, tidak datang menstruasi, haid yang berlebihan, masa haid yang pendek.
13. Gejala autonom meliputi mudah berkeringat, sakit kepala, sering merasa pusing, mulut kering.
14. Tingkah laku meliputi gemetar, kulit kering, napas pendek dan cepat, gelisah, muka tegang.

Cara memberikan penilaian terhadap tigkat kecemasan menurut Hamilton Rating Scale For Anxiety ( HRS-A) terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing- masing dirinci lagi dengan gejala-gejala spesifik. Masing- masing kelompok gejala diberi penilaian angka ( score ) antara 0 - 4.

Nilai :

0 = Tidak ada gejala

1 = Gejala ringan

2 = Gejala sedang

3 = Gejala berat

4 = Gejala berat sekali

Masing- masing nilai angka (score) dari ke 14 kelompok gejala dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui drajat kecemasan seseorang yaitu:

Total nilai ( score ):

<14 = tidak ada kecemasan

14 – 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

> 41 = kecemasan berat sekali

1. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data akan dilaksanakan setelah peneliti mendapat ijin dan persetujuan dari bagian STIKES Hang Tuah Surabaya, dilanjutkan ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dilakukan uji etik di ruang pertemuan, setelah uji etik disetujui untuk melakukan penelitian Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memberikan tembusan kepada Kepala Instalasi Ruang Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya untuk memberikan ijin penelitian di instalasi yang dipimpin. Selanjutnya peneliti akan menetapkan responden penelitian yaitu perawat di pelayanan ruangan rawat inap yang sesuai kriteria inklusi yang di tetapkan oleh peneliti.

Peneliti memberikan penjelasan kepada teman sejawat yaitu perawat sebagai responden untuk diambil data. Calon responden diminta untuk mengisi surat persetujuan (Informed Concent), peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya tentang hal-hal yang belum dipahami. Jika calon responden bersedia untuk menjadi responden, diminta untuk tanda tangan di lembar persetujuan. Peneliti memberikan kuesioner untuk data demografi Perawat ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan )., dan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia, bila responden tidak mengerti tentang lembar kuesioner boleh bertanya kepada peneliti agar jawaban tersebut valid. Lembar kuisioner yang terkumpul diteliti kembali saat perawat mengisi kuisioner dengan beberapa tahap diantaranya editing (melakukan pengecekan kelengkapan data identitas), coding (pemberian kode responden), scoring (menentukan skor untuk setiap jawaban yang sudah dijawab), dan entry (memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam program komputer).

### Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner untuk data demografi responden ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan ) dan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia. Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data secara kuisioner yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut :

1. Pemeriksaan data/ editing

Daftar pertanyaan yang telah diisi kemudian diperiksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan jawaban.

1. Memberi tanda kode/ coding

Hasil jawaban yang telah diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi kode atau tanda berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

1. Pengolahan Data/ Processing

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

1. Pembersihan/cleaning

Data diteliti kembali agar pada pelaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

1. Analisa Statistik

Hasil lembar kuisioner tingkat pengetahuan tentang skizofrenia dan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia, yang telah terkumpul diperiksa ulang untuk mengetahui kelengkapan isi datanya, setelah data lengkap dikelompokkan. Data yang sudah dianalisa diuji dengan menggunakan Uji Statistik chi square, yaitu uji dengan kepercayaan 95% uji ini digunakan untuk melihat hubungan variable dependent dan independent. Untuk melihat ada atau tidaknya pengaruh yang di hasilkan bermakna, maka digunakan perbandingan nilai p-value dengan α = 0,05. Apabila p = value < 0,05 maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan apabila nilai p value ≥ 0,05 maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna yang berarti tidak ada pengaruh keduanya. Analisa menggunakan SPSS 16,00 For Windows.

1. Analisa Univariat

Peneliti melakukan analisa umum dengan menganalisa data demografi dari responden dan di distribusikan kedalam tabel frekuensi.

1. Analisa Bivariate

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variable yang diduga berhubungan atau berkorelasi dengan menguji statistik (Soekidjo Notoatmojo, 2010). Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh dua variabel yaitu variabel bebas dan terikat. Variabel independen yakni Faktor Demografi Perawat ( Usia, Jenis Kelamin, Status Menikah, Lama Bekerja, Pendidikan ) sedangkan variabel dependen adalah Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia. Uji statistic yang dilakukan analisis bivariat ini digunakan program computer. Uji statistic dalam penilitian ini uji chi square, dengan kepercayaan 95% uji ini digunakan untuk melihat hubungan variabel dependent dan independent. Proses chi square adalah perbandingan frekuensi yang terjadi (observasi) dengan frekuensi harapan (ekspektasi) untuk melihat ada atau tidaknya pengaruh yang di hasilkan bermakna, maka digunakan perbandingan nilai p- value dengan α = 0,05. Apabila p = value < 0,05 maka hasil perhitungan statistik bermakna yang berarti ada pengaruh yang signifikan antara variabel independen dengan variabel dependen, sedangkan apabila nilai p value ≥ 0,05 maka hasil perhitungan statistik tidak bermakna yang berarti tidak ada pengaruh keduanya.

## Etika Penelitian

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapat ijin dan persetujuan dari bagian STIKES Hang Tuah Surabaya, dilanjutkan ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dilakukan uji etik di ruang pertemuan, setelah uji etik disetujui untuk melakukan penelitian Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memberikan tembusan kepada Kepala Instalasi Pelayanan Perawatan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya untuk memberikan ijin penelitian di instalasi yang dipimpin. Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar Persetujuan (Informed consent)

Lembar persetujuan sebagai sampel akan diberikan sebelum penelitian dilakukan kepada perawat di pelayanan keperawatan Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur yang akan diteliti agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia diteliti, responden harus menandatangani lembar persetujuan yang ada. Jika responden tidak berkenan maka peneliti harus menghargai hak-hak responden dan tidak mengikut sertakan responden sebagai sampel penelitian.

1. Tanpa Nama (Anonimity)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencatumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden. Lembar tersebut diberikan kode tertentu untuk menjaga kerahasian.

1. Kerahasiaan (Confidentiality)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

1. Keadilan (Justice)

Subyek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitia.

# 

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada tanggal 13 Desember 2021 – 13 Januari 2022.

## Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan faktor demografi perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini dilaksanakan pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 dengan 102 responden perawat rumah sakit jiwa menur. Hasil penelitian diuraikan berdasarkan data tentang gambaran umum lahan dan subyek penelitian, serta data umum dan datak husus.

### Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Data penelitian ini diambil di Rumah Sakit Jiwa Menur yang berada di Jl. Menur No. 120 Surabaya. Sacara teritorial Rumah Sakit Jiwa Menur terletak di daerah tingkat II Kotamadya Surabaya yang pengelolahannya dibawah pemerintah provinsi TK I Jawa Timur. Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur dibangun diatas tanah seluas 36.000 m² dengan batas wilayah sebagai berikut:

BatasUtara : Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya

Batas Barat : Jl. Pucang Jajar Selatan

BatasTimur : Jl. Menur

Batas Selatan : Jl. Kali Bokor

Rumah sakit ini memiliki beberapa instalasi, seperti instalasi rawat jalan (poliklinik jiwa, tumbang, spesialis dan NAPZA), IGD, Rawat Inap Jiwa dan Rawat Inap NAPZA. Rumah sakit ini merupakan pusat rujukan kesehatan jiwa di Indonesia bagian timur, baik rawat inap maupun rawat jalan. Pada era pandemi covid 19 saat ini Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur merupakan Rumah Sakit rujukan pasien covid 19. Rumah Sakit Jiwa Menur memiliki tujuh ruangan yang terdiri dari ruang Gelatik, Wijaya Kusuma, Flamboyan, Kenari, Puri Angrek, puri Mitra ( NAPZA) , dan IGD. Ruangan yang menjadi tempat penelitian pada penelitian ini adalah ruang Gelatik, Wijaya Kusuma, Flamboyan, Kenari, ruang puri anggrek dan IGD . gambaran Faktor Demografi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur yaitu Perasaan cemas yang dialami perawat dalam merawat pasien skizofrenia yang dikarenakan faktor Usia, Jenis kelamin, Status Pernikahan, Unit Bekerja, Lama bekerja, dan Pendidikan Terakhir perawat skizofrenia

### Gambaran Subyek Penelitian

Pada penelitian ini adalah perawat dengan kriteria inklusi perawat RSJ Menur, Perawat pelaksana di ruang rawat inap jiwa ( Ruang Wijaya Kusuma, Ruang Kenari, Ruang Famboyan, Ruang Gelatik, Rang Puri Anggrek) dan IGD, minimal pendidikan perawat adalah D-III keperawatan. Jumlah keseluruhan subyek penelitian adalah 102 perawat. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang ditanyakan kepada perawat. Sementara kriteria Eksklusi pada penelituian ini adalah perawat yang bekerja di Poli Jiwa, Poli Spesialis, Poli NAPZA Dan Ruang Puri Mitra ( NAPZA ). Sistem rolling perawat di RSJ Menur propinsi Jawa Timur dilakukan 6 bulan sekali dan hanya sebagian perawat yang dilakukan rolling sesuai dengan kebutuhan.

* + 1. **Data Umum Hasil Penelitian**

1. Karakteristik Responden BerdasarkanUsia

Tabel 5.1Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n =102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usia | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| 20-25 | 9 | 8.8 |
| 26-30 | 23 | 22.5 |
| 31-35 | 30 | 29.4 |
| 36-40  41-45 | 20  16 | 19.6  15.7 |
| 46-50  51-55 | 0  4 | 0  3.9 |
| Total | 102 | 100.0 |

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 102 responden berdasarkan kelompok usia sejumlah 102 orang, didapatkan kelompok usia 31-35 tahun sebanyak 30 orang (29.4%), kelompok usia 26-30 tahun sebanyak 23 orang (22.5%),kelompok usia 36-40 tahun sebanyak 20 orang (19.6%), kelompok usia 41-45 tahun sebanyak 16 orang (15.7%) , kelompok usia 20-25 tahun sebanyak 9 orang (8.8%), kelompok usia 51-55 tahun sebanyak 4 orang (3.9%), dan kelompok usia 46-50 sebanyak 0 (0%)

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis Kelamin | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
| Laki-laki | 47 | 46.1 |
| Perempuan | 55 | 53.9 |
| Total | 102 | 100.0 |

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 102 responden rata-rata berjenis kelamin perempuan sebanyak 55 orang (53.9 %) dan laki-laki sebanyak 47 orang (46.1 %).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Responden

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Responden di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status Perkawinan | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| Menikah | 89 | 87.3 |
| Belum Menikah | 13 | 12.7 |
| Total | 102 | 100.0 |

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 102 responden sebagian besar berstatus menikah sebanyak 89 orang (87.3 %) dan belum menikah sebanyak 13 orang (12.7%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Unit Bekerja

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Unit Bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n =102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Unit Bekerja | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
| Ruang Rawat Inap | 84 | 82.4 |
| IGD | 18 | 17.6 |
| Total | 102 | 100.0 |

Tabel 5.4 didapatkan jumlah responden yang bekerja di Unit Ruang Rawat Inap sebanyak 84 orang (82.4%), dan Unit IGD sebanyak 18 orang (17.6%).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Bekerja di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lama Bekerja | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
| < 1 tahun | 5 | 4.9 |
| 1 – 5 tahun | 30 | 29.4 |
| > 5 tahun | 67 | 65.7 |

Total 102 100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 102 responden sebagian besar memiliki lama bekerja selama lebih dari 5 tahun sebanyak 67 orang (65.7 %), lama bekerja selama 1 - 5 tahun sebanyak 30 orang (29.4 %), dan yang memiliki lama bekerja kurang atau < 1 tahun sebanyak 5 orang (4.9 %).

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n =102)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pendidikan | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| DIII | 66 | 64.7 |
| S1/DIV  S2 | 36  0 | 35.3  0 |
| Total | 102 | 100 |
|  |  |  |

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 102 responden rata-rata berpendidikan DIII sebanyak 66 orang (64.7%), S1/DIV sebanyak 36 orang (35.3 %) dan S2 sebanyak 0 orang (0%)

### Data Khusus Hasil Penelitian

Distribusi Data Tingkat Kecemasan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tingkat Kecemasan | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
| Tidak Ada Kecemasan | 51 | 50.0 |
| Kecemasan Ringan  Kecemasan Sedang  Kecemasan Berat  Kecemasan Berat Sekali | 12  12  8  19 | 11.8  11.8  7.8  18.6 |
| Total | 102 | 100.0 |

Tabel 5.7 Distribusi Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 102 responden rata-rata mengalami tidak ada kecemasan sebanyak 51 orang (50.0%), yang mengalami kecemasan berat sekali sebanyak 19 orang (18.6%). Kecemasan ringan dan sedang masing masing sebanyak 12 orang (11.8%) dan yang mengalami kecemasan berat sebanyak 8 orang (7.8%).

Distribusi Hubungan Usia Responden dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.8Distribusi Hubungan Usia Responden dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

Usia Responden

Tingkat Kecemasan

20-25

26-30

31-35 36-40 41-45 51-55

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | n | % | n | % | n | % | n % | n % n % |  |
|  | Tidak Ada Kecemasan | 5 | 4.9 | 12 | 11.8 | 19 | 18.6 | 9 8.8 | 4 3.9 2 2.0 | ρ= 0,232 |
|  | Kecemasan Ringan | 0 | 0 | 3 | 2.9 | 2 | 2.0 | 2 2.0 | 3 2.9 2 2.0 |  |
|  | Kecemasan Sedang | 3 | 2.9 | 1 | 1,0 | 3 | 2.9 | 1 1.0 | 4 3.9 0 0 |  |
|  | Kecemasan Berat | 0 | 0 | 3 | 2.9 | 2 | 2.0 | 2 2.0 | 1 1.0 0 0 |  |
|  | Kecemasan Berat Sekali | 1 | 1.0 | 4 | 3.9 | 4 | 3.9 | 6 5.9 | 4 3.9 0 0 |  |
|  | Total | 9 | 8.8 | 23 | 22.5 | 30 | 29.4 | 20 19.6 | 16 15.7 4 4 |  |

Nilai uji statistik *Chi Square* 0.232

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 102 perawat beban dengan tingkat kecemasan tidak ada sebanyak 12 orang (11.8%) di usia 26-30 tahun . Tingkat kecemasan yang dialami perawat dalam kecemasan ringan sebanyak 3 orang (2.9%) di usia 26-30 tahun dan 41-45 tahun. Tingkat kecemasan sedang yang dialami perawat sebanyak 4 orang (3.9%) di usia 41-45 tahun. Tingkat kecemasan berat yang dialami perawat sebanyak 3 orang (2.9%) di usia 26-30 tahun. sedang dengan tingkat kecemasan berat sekali sebanyak masing masing 4 orang (3.9%), Berdasarkan hasil uji statistik dikatakan ada hubungan jika nilai α = ≤0,05. Hasil yang menunjukkan hasil 0,232, dapat disimpulan bahwa H0 diterima dan H1 ditolak yang berarti tidak adanya hubungan antara usia responden dengan tingkat kecemasan perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Distribusi Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.9Distribusi Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

Jenis Kelamin Responden

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat Kecemasan | Perempuan |  | Laki-laki |  | Total |  | *P Value* |
|  | n | % | n | % | n | % |  |
| Tidak Ada Kecemasan | 31 | 30.4 | 20 | 19.6 | 51 | 50.0 |  |
| Kecemasan Ringan | 5 | 4.9 | 7 | 6.9 | 12 | 11.8 | *ρ = 0,373* |
| Kecemasan Sedang | 7 | 6.9 | 5 | 4.9 | 12 | 11.8 |  |
| Kecemasan Berat | 5 | 4.9 | 3 | 2.9 | 8 | 7.8 |  |
| Kecemasan Berat Sekali | 7 | 6.9 | 12 | 11.8 | 19 | 18.7 |  |
| Total | 55 | 53.9 | 47 | 46.1 | 102 | 100.0 |  |

Nilai uji statistik *Chi Square* 0.373

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 31 orang (30.4%) berjenis kelamin Perempuan dan 20 orang (19.6 %) berjenis kelamin laki-laki, kecemasan ringan sebanyak 5 orang (4.9%)berjenis kelamin perempuan dan 7 orang (6.9%) berjenis kelamin laki-laki , kecemasan sedang sebanyak 7 orang (6.9%) berjenis kelamin perempuan dan 5 orang (4.9%) berjenis kelamin laki-laki, sedangkan kecemasan berat sebanyak 5 orang (4.9%) berjenis kelamin Perempuan dan 3 orang (2.9%) berjenis kelamin laki-laki dan kecemasan berat sekali sebanyak 7 orang (6.9%) berjenis kelamin perempuan dan 12 orang (11.8%) berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan hasil uji statistik dikatakan ada hubungan jika nilai α = ≤0,05. Hasil yang didapatkakan menunjukkan hasil 0,373, dapat disimpulan bahwa H0 diterima dan H1 ditolak yang berarti tidak adanya hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Jenis Kelamin perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Distribusi data Hubungan Status Pernikahan dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.10Distribusi Hubungan Status Pernikahan Perawat dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

Status Responden

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Belum Menikah |  | Menikah |  | Total |  | *P Value* |
| Tingkat Kecemasan | n | % | N | % | n | % |  |
| Tidak Ada Kecemasan | 5 | 4.9 | 46 | 45.1 | 51 | 50.0 |  |
| Kecemasan Ringan | 0 | 0 | 12 | 11.8 | 12 | 11.8 | *ρ = 0,286* |
| Kecemasan Sedang | 3 | 2.9 | 9 | 8.8 | 12 | 11.8 |  |
| Kecemasan Berat | 2 | 2.0 | 6 | 5.9 | 8 | 7.8 |  |
| Kecemasan Berat Sekali | 3 | 2.9 | 16 | 15.7 | 19 | 18.7 |  |
| Total | 13 | 12.7 | 89 | 87.3 | 102 | 100.0 |  |

Nilai uji statistik *Chi Square* 0.286

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 46 orang (45.1%) berstatus menikah, kecemasan ringan sebanyak 12 orang (11.8%) berstatus menikah, kecemasan sedang sebanyak 9 orang (8.8%) berstatus menikah, sedangkan kecemasan berat sebanyak 6 orang (5.9%) berstatus menikah dan kecemasan berat sekali sebanyak 16 orang (15.7%) berstatus menikah. Berdasarkan hasil uji statistik dikatakan ada hubungan jika nilai α = ≤0,05. Hasil yang didapatkakan menunjukkan hasil 0,286, dapat disimpulan bahwa H0 ditolak dan H1 diterima yang berarti tidak adanya hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Status menikah perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Distribusi Data Hubungan Lama Bekerja dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.11Distribusi Hubungan Lama Bekerja dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat Kecemasan | < 1 Tahun |  | 1-5 Tahun |  | >5 Tahun |  | Total | P Value |
|  | n | % | N | % | n % | N | % |  |
| Tidak Ada Kecemasan | 0 | 0 | 20 | 19.5 | 31 30.5 | 51 | 50.0 |  |
| Kecemasan Ringan | 0 | 0 | 2 | 2.0 | 10 9.8 | 12 | 11.8 | *ρ = 0,114* |
| Kecemasan Sedang | 2 | 2.0 | 2 | 2.0 | 8 7.8 | 12 | 11.8 |  |
| Kecemasan Berat | 1 | 0.9 | 2 | 2.0 | 5 4.9 | 8 | 7.8 |  |
| Kecemasan Berat Sekali | 2 | 2.0 | 4 | 3.9 | 13 12.7 | 19 | 18.7 |  |

Lama Bekerja

Total 5 4.9 30 29.4 67 65.7 102 100

Nilai uji statistik *Chi Square* 0.114

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 31 orang (30.4%) dengan lama bekerja >5 tahun, kecemasan ringan sebanyak 10 orang (9.8%) dengan lama bekerja >5 tahun, kecemasan sedang sebanyak 8 orang (7.8%) dengan lama bekerja >5 tahun, sedangkan kecemasan berat sebanyak 5 orang (4.9%) dengan lama bekerja >5 tahun dan kecemasan berat sekali sebanyak 13 orang (12.7%) dengan lama bekerja >5 tahun. Berdasarkan hasil uji statistik dikatakan ada hubungan jika nilai α = ≤0,05. Hasil yang didapatkakan menunjukkan hasil 0,114, dapat disimpulan bahwa H0 ditolak dan H1 diterima yang berarti tidak adanya hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Lama bekerja perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Distribusi data Hubungan Pendidikan Terakhir dengan Tingkat Kecemasan

Tabel 5.12Distribusi Hubungan Pendidikan Terakhir dengan Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur pada 13 Desember 2021 sampai 13 Januari 2022 (n = 102)

Pendidikan Terakhir

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tingkat kecemasan | DIII |  | DIV/S1 |  |  | Total | *P Value* |
|  | N | % | N | % | N | % |  |
| Tidak Ada Kecemasan | 32 | 31.4 | 19 | 18.6 | 51 | 50.0 |  |
| Kecemasan Ringan | 6 | 5.9 | 6 | 5.9 | 12 | 11.8 | *ρ = 0,416* |
| Kecemasan Sedang | 7 | 6.9 | 5 | 4.9 | 12 | 11.8 |  |
| Kecemasan Berat | 7 | 6.9 | 1 | 1.0 | 8 | 7.8 |  |
| Kecemasan Berat Sekali | 14 | 13.7 | 5 | 4.9 | 19 | 18.7 |  |
| Total | 66 | 64.7 | 36 | 35.3 | 102 | 100.0 |  |

Nilai uji statistik *Chi Square* 0.416

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 32 orang (31.4%) dengan pendidikan terakhir DIII, kecemasan ringan sebanyak 6 orang (5.9%) dengan pendidikan terakhir DIII, kecemasan sedang sebanyak 7 orang (6.9%) dengan pendidikan terakhir DIII, sedangkan kecemasan berat sebanyak 7 orang (6.9%) dengan pendidikan terakhir DIII dan kecemasan berat sekali sebanyak 14 orang (13.7%) dengan pendidikan terakhir DIII. Berdasarkan hasil uji statistik dikatakan ada hubungan jika nilai α = ≤0,05. Hasil yang didapatkakan menunjukkan hasil 0,416, dapat disimpulan bahwa H0 ditolak dan H1 diterima yang berarti tidak adanya hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Tingkat Pendidikan perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

* 1. **Pembahasan** 
     1. **Faktor Demografi Perawat Di RSJ Menur**

Faktor demografi disini meliputi usia responden, jenis kelamin responden, status pernikahan, lama bekerja, dan pendidikan terakhir. Hasil penelitian didapatkan bahwa kelompok usia sejumlah 102 orang, didapatkan kelompok usia 31-35 tahun sebanyak 30 orang (29.4%), kelompok usia 26-30 tahun sebanyak 23 orang (22.5%),kelompok usia 36-40 tahun sebanyak 20 orang (19.6%), kelompok usia 41-45 tahun sebanyak 16 orang (15.7%) , kelompok usia 20-25 tahun sebanyak 9 orang (8.8%), kelompok usia 51-55 tahun sebanyak 4 orang (3.9%), dan kelompok usia 46-50 sebanyak 0 (0%). 102 responden rata-rata berjenis kelamin perempuan sebanyak 55 orang (53.9 %) dan laki-laki sebanyak 47 orang (46.1 %).

Sebagian besar memiliki lama bekerja selama lebih dari 5 tahun sebanyak 67 orang (65.7 %), lama bekerja selama 1 - 5 tahun sebanyak 30 orang (29.4 %), dan yang memiliki lama bekerja kurang atau < 1 tahun sebanyak 5 orang (4.9 %). 102 responden rata-rata berpendidikan DIII sebanyak 66 orang (64.7%), S1/DIV sebanyak 36 orang (35.3 %) dan S2 sebanyak 0 orang (0%).

Hal ini sejalan dengan penelitian Yanti, Nauli dan Utomo (2018) menunjukkan jumlah perawat dengan pendidikan terakhir DIII Keperawatan sebanyak 47%. Perawat yang mempunyai pendidikan DIII Keperawatan disebut dengan perawat profesional pemula dalam pelayanan keperawatan. Perawat dengan tingkat pendidikan DIII Keperawatan yang berperan sebagai perawat profesional pemula harus memiliki tingkah laku dan kemampuan profesional dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Selain itu juga dituntut untuk memiliki kemampuan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi secara tepat guna (Nursalam, 2014).

### Tingkat Kecemasan Perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Hasil penelitian pada tabel diatas menunjukkan bahwa dari 102 responden rata-rata mengalami tidak ada kecemasan sebanyak 51 orang (50.0%), yang mengalami kecemasan berat sekali sebanyak 19 orang (18.6%). Kecemasan ringan dan sedang masing masing sebanyak 12 orang (11.8%) dan yang mengalami kecemasan berat sebanyak 8 orang (7.8%).

Perawat dalam merawat pasien skizofrenia dapat mengalami kecemasan, dimana gejala kecemasan sendiri baik berat dan sedang merupakan gangguan dari psikiatri. Penyebab cemas biasanya takut tidak terima pada lingkungan tetentu, pernah pengalaman traumatis, seperti trauma perpisahan, kehilangan atau bencana alam, dan adanya frustasi kegagalan saat memenuhi kebutuhan (Sadock, 2015). Kecemasan dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologi lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping seperti obat-obatan, karena terapi nonfarmakologi menggunakan proses fisiologis (Keliat, 2011).

### Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

1. Hubungan usia perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil uji statistic menunjukkan nilai p = 0,232 (p value < 0,05) maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 102 perawat beban dengan tingkat kecemasan tidak ada sebanyak 12 orang (11.8%) di usia 26-30 tahun . Tingkat kecemasan yang dialami perawat dalam kecemasan ringan sebanyak 3 orang (2.9%) di usia 26-30 tahun dan 41-45 tahun. Tingkat kecemasan sedang yang dialami perawat sebanyak 4 orang (3.9%) di usia 41-45 tahun. Tingkat kecemasan berat yang dialami perawat sebanyak 3 orang (2.9%) di usia 26-30 tahun. sedang dengan tingkat kecemasan berat sekali sebanyak masing masing 4 orang (3.9%), tingkat kecemasan akan bertambah pada usia pertengahan ( middle age ) dan usia lanjut ( elderly ) dan tingkat kecemasan semakin menurun ketika usia juga bertambah. Perawat yang berada direntang usia dewasa awal mempunyai perbedaan pengalaman dengan perawat direntang usia dewasa akhir dan lansia awal, sehingga dapat mempengaruhi cara perawat mengontrol kecemasannya. Hal ini sejalan dengan penelitian Arisandi (2018) yang menunjukan bahwa sebanyak 46,2% responden yang berusia 26-35 tahun mengalami kecemasan. Usia memiliki hubungan yang erat dengan berbagai sifat karakteristik terhadap orang lain, dengan demikian usia seseorang sangat berpengaruh dengan tingkat kecemasan yang dialami. Dengan demikian, maka dapatlah dimengerti bahwa adanya perbedaan pengalaman menurut usia. Peneliti berasumsi hal ini terjadi karena perawat di RSJ Menur sudah terbiasa dalam merawat pasien skizofrenia dan sudah beradaptasi dalam berkomunikasi dengan pasien skizofrenia.

1. Hubungan Jenis Kelamin Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan nilai p = 0,373 (p value < 0,05) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara stres jenis kelamin perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur.

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 31 orang (30.4%) berjenis kelamin Perempuan dan 20 orang (19.6 %) berjenis kelamin laki-laki, kecemasan ringan sebanyak 5 orang (4.9%)berjenis kelamin perempuan dan 7 orang (6.9%) berjenis kelamin laki-laki , kecemasan sedang sebanyak 7 orang (6.9%) berjenis kelamin perempuan dan 5 orang (4.9%) berjenis kelamin laki-laki, sedangkan kecemasan berat sebanyak 5 orang (4.9%) berjenis kelamin Perempuan dan 3 orang (2.9%) berjenis kelamin laki-laki dan kecemasan berat sekali sebanyak 7 orang (6.9%) berjenis kelamin perempuan dan 12 orang (11.8%) berjenis kelamin laki-laki.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Miftahurrohmah, (2012) menyatakan bahwa jenis kelamin mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang dimana sebagian besar perawat adalah perempuan, keikutsertaan perawat dalam pembangunan kesehatan diakui cukup banyak dan tidak diragukan lagi, karena dalam dunia keperawatan identik dengan ibu atau perempuan yang lebih dikenal mother instict, yang mencerminkan figur ibu atau seorang perempuan yang memberikan asuhan keperawatan, kasih sayang dan bantuan. Menurut Kaplan dan Saddock (2010) perempuan lebih sering mengalami kecemasan dan memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan bahwa perempuan lebih peka, sehingga pada akhirnya mempengaruhi perasaan cemasnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Arisandy, 2018) yang menyatakan bahwa perempuan yang mengalami kecemasan lebih besar dari pada laki-laki yaitu sebanyak 73.1%. Peneliti berasumsi jenis kelamin perempuan lebih besar mengalami kecemasan dikarenakan perempuan lebih menggunakan perasaannya dibanding logikanya ketika merawat pasien. Dalam kehidupan nyata kita sering melihat bagaimana cara perempuan menyelesaikan masalahnya. ketika perempuan sedang menghadapi masalah yang tidak segera selesai. Segala aktivitas yang dilakukannya pasti bisa terganggu dan mereka cenderung tidak fokus untuk mengerjakan hal lain.Hal ini terjadi karena perempuan kurang bisa mengontrol dirinya dalam berbagai keadaan.Dalam kondisi ini perempuan lebih suka meluapkan perasaannya entah itu perasaan sedih,cemas, kesal, ataupun marah.

1. Hubungan Status Pernikahan Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan nilai p = 0,286 (p value < 0,05) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara status perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur.

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 46 orang (45.1%) berstatus menikah, kecemasan ringan sebanyak 12 orang (11.8%) berstatus menikah, kecemasan sedang sebanyak 9 orang (8.8%) berstatus menikah, sedangkan kecemasan berat sebanyak 6 orang (5.9%) berstatus menikah dan kecemasan berat sekali sebanyak 16 orang (15.7%) berstatus menikah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mayra, 2013) yang menyatakan bahwa status perawat belum bisa menentukan adanya kecemasan atau tidak dikarenakan menikah ataupun belum menikah kecemasan seseorang masih bisa sama. Peneliti berasumsi kecemasan dikarenakan status pernikahan perawat masih belum bisa ditentukan yang mana yang lebih besar menikah atau belum menikah.

1. Hubungan Lama Bekerja Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan nilai p = 0,114 (p value < 0,05) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara lama bekerja perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur. Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 31 orang (30.4%) dengan lama bekerja >5 tahun, kecemasan ringan sebanyak 10 orang (9.8%) dengan lama bekerja >5 tahun, kecemasan sedang sebanyak 8 orang (7.8%) dengan lama bekerja >5 tahun, sedangkan kecemasan berat sebanyak 5 orang (4.9%) dengan lama bekerja >5 tahun dan kecemasan berat sekali sebanyak 13 orang (12.7%) dengan lama bekerja >5 tahun.

Pengalaman merupakan salah satu cara memperoleh pengetahuan yang digunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu. Pengalaman masa lalu yang dimiliki seseorang berperan dalam menginterprestasikan stimulus yang diperoleh (Notoatmodjo, 2015). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Indiasari (2007 dalam Ariwidiyanto 2015) mengatakan bahwa lamanya masa kerja perawat bekerja berhubungan dengan keanekaragaman pengalaman mereka dalam bekerja, yang mempunyai banyak pengalaman kerja lebih mampu mengontrol emosi dan mampu menguasai keadaan ketika berinteraksi langsung dengan pasien penyakit jiwa. Menurut penelitian Isriyadi (2015) mengatakan responden yang memiliki masa kerja lebih lama sebanyak 15 responden (48.4%) mengalami kecemasan ringan dan responden yang tidak cemas sebanyak 6 orang (19.4%) sedangkan responden yang memiliki masa kerja baru lebih banyak yang mengalami cemas sedang yaitu sebanyak 7 orang (22.6%). Peneliti berasumsi lamanya bekerja seseorang dapat mempengaruhi tingkat kecemasannya karena semakin lama seseorang bekerja maka seseorang tersebut semakin terbiasa dalam melakukan rutinitas kerjanya. Tapi ada juga seseorang yang tetap mengalami kecemasan walaupun masa kerjanya sudah lama, itu biasanya dikarenakan pernah terjadi pengalaman / kejadian yang tidak menyenangkan dalam melakukan pekerjaannya.

1. Hubungan Pendidikan Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan nilai p = 0,416 (p value < 0,05) maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara pendidikan perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur.

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 102 perawat antara lain tingkat kecemasan dengan tidak ada kecemasan sebanyak 32 orang (31.4%) dengan pendidikan terakhir DIII, kecemasan ringan sebanyak 6 orang (5.9%) dengan pendidikan terakhir DIII, kecemasan sedang sebanyak 7 orang (6.9%) dengan pendidikan terakhir DIII, sedangkan kecemasan berat sebanyak 7 orang (6.9%) dengan pendidikan terakhir DIII dan kecemasan berat sekali sebanyak 14 orang (13.7%) dengan pendidikan terakhir DIII.

Hal ini sejalan dengan penelitian Yanti et al., (2017) dimana variabel pendidikan terakhir didapatkan bahwa responden paling banyak pada pendidikan DIII Keperawatan sebanyak 47% yang mengalami kecemasan. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Cakrawedana, Palandeng dan Karundeng (2018) yang mengatakan jumlah perawat di RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbuysang berdasarkan tingkat pendidikan yang mayoritas ialah DIII Keperawatan sebanyak 22 orang (62.9%).

Menurut Nursalam dan Efendi (2008) mengatakan bahwa pendidikan tinggi keperawatan akan menimbulkan perubahan yang berarti terhadap cara perawat memandang asuhan keperawatan dan secara bertahap. Keperawatan dari semula yang berorientasi pada tugas akan beralih menjadi berorientasi pada tujuan yang terfokus pada asuhan keperawatan efektif yang menggunakan holistik dan proses. Peneliti berasumsi berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan pendidikan yang ada di RSJ Menur rata rata adalah DIII Keperawatan dikarenakan mayoritas adalah DIII keperawatan, DIII Keperawatan tersebut sering mengalami kecemasan dalam berbagai tingkat dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan DIV/S1. Di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur Pelayanan perawatan dilakukan secara tim. Baik dari keperawatan dan pihak keamanan dalam menangani pasien skizofrenia yang gaduh gelisah / Perilaku Kekerasan. Sehinggah dapat menurunkan tingkat kecemasan perawat yang melakukan pelayanan perawatan pada pasien skizofrenia. Sehinggah tidak ada hubungan antara pendidikan perawat terhadap tingkat kecemasan perawat rumah sakit jiwa menur.

* 1. **Keterbatasan**

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1. Kuisioner yang diberikan peneliti tidak mengobservasi secara langsung hanya melalui kuisioner google form sehingga kemungkinan responden menjawab dengan tidak sesuai dengan yang sudah dilakukan.
2. Kuisioner yang diberikan kepada responden banyak sehingga responden enggan membaca dahulu apa yang ditanyakan dan hanya mencontreng jawaban saja serta keterbatasan memanfaatkan teknologi (gaptek).

**PENUTUP**

Bab ini akan disajikan tentang simpulan yang diperoleh dari hasil penelitian dan saran berdasarkan dari hasil pembahasan.

* 1. **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Usia perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar tergolong dalam kelompok usia 31-35 tahun
2. Jenis kelamin perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar berjenis kelamin perempuan
3. Status perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar menikah.
4. Lama bekerja perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar > 5 tahun
5. Tingkat pendidikan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar DIII Keperawatan.
6. Tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebagian besar tidak mengalami kecemasan
7. Tidak ada hubungan yang signifikan antara usia perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
8. Tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
9. Tidak ada hubungan yang signifikan antara status perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
10. Tidak ada hubungan yang signifikan antara lama bekerja perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
11. Tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan perawat dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur
    1. **Saran**

Saran yang dapat peneliti berikan dalam penelitian ini, yaitu:

Bagi Institusi

Diharapkan institusi Rumah sakit dapat mengetahui hubungan faktor demografi perawat dengan tingkat kecemasan perawat. Sehingga rumah sakit dapat menerapkan teknik relaksasi kepada perawat untuk mengontrol perasaan cemas yang dirasakan perawat. Hasil penelitian ini dapat juga menjadi masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat di ruang rawat sebagai masukan evaluasi dan perubahan lebih baik. Dan untuk Institusi Pendidikan hasil penelitian dapat dimanfaatkan sebagai sumber referensi dalam proses belajar mengajar mengenai kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia.

Bagi Responden

Diharapkan perawat dapat meminimalkan kembali tingkat kecemasan di dirinya saat merawat pasien skizofrenia agar kondisi kesehatannya terjaga dan selalu mematuhi protokol kesehatan sesuai prosedur.

Bagi Peneliti Selanjutnya

Pada peneliti selanjutnya disarankan untuk mengembangkan dan meneruskan penelitian ini dengan topik faktor lain yang berhubungan dengan kecemasan perawat dalam merawat pasien skizofrenia

**Daftar Pustaka**

Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2006). *Nursing theory : utilization & application*. 544.

Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta. Arikunto, Suharsimi 2014, 53(9).

Arisandy, W. (2018). *Karakteristik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan dalam Mengatasi Pasien Gaduh Gelisah di Rumah Sakit Ernaldi Bahar Sumatera Selatan*. *XVI*(1), undefined-undefined. https://www.mendeley.com/catalogue/cb89b1b2-568a-32e2-bde8-a990edd8304a/?utm\_source=desktop&utm\_medium=1.19.8&utm\_campaign=open\_catalog&userDocumentId=%7B7ef3f2b0-c656-461c-b496-5849bd91d73b%7D

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (T. Rahayuningsih (ed.)). Yogyakarta Gosyen Publishing, 2012.

Efendi, N. F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan - Google Buku*. Salemba Medika.

Febriana, D. V. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan* - Diva Viya Febriana - Google Books. Anak Hebat Indonesia, 167.

Hawari. (2009). *pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia.* Egc, 4(2).

Hawari Dadang. (2011). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*: Dadang Hawari - belbuk.com. In Balai Penerbit FKUI.

Jiwantoro, Y. A. (2017). *Riset Keperawatan: Analisis Data Statistik Menggunakan SPSS*. Mitra Wacana Media.

Julianan Lisa dan Nengah Sutrisna. (2013). *Narkoba, Psikotropika, dan Gangguan Jiwa: Tinjauan Kesehatan dan Hukum*. Nuha Medika.

Kaplan,., Saddock,., &Grabb. (2010). *Psikiatri Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinik.* In Bina Rupa Aksara.

Keliat, B. A. (2011). *Manajemen kasus gangguan jiwa: CMHN (intermediate course)*. EGC.

kementerian kesehatan ri. (2019). *Infodatin Pusat Data Dan Informasi Kementetian Kesehatan Ri*. Kemkes.Go.Id. https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/InfoDatin-Kesehatan-Jiwa.pdf

Kozier. (2016). *Buku Ajar: Fundamental Keperawatan (konsep,proses,& praktik) Vol. 2*. EGC.

Kusnanto; (2004). *Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan Profesional*.

Leo Sianturi, F., & Vita Camellia, S. B. (2014). *Risperidone and Haloperidol Comparative Effects of Positive Symptoms Patient Schizophrenic*. *4*(28). www.iiste.org

Manurung. (2011). *Proses keperawatan dan tujuan keperawatan*.

Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ - III.* In Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ - III dan DSM - 5.

Mayra. (2013). *Hubungan Jenis Kelamin, Pekerjaan Dan Status Pernikahan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Operasi Katarak Di Rumah Sakit Yarsi Pontianak*. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.

Miftahurrohmah, A. (2012). *Beda Tingkat Kecemasan Perawat Pria Dan Wanita Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Yogyakarta*. https://dspace.uii.ac.id/handle/123456789/26567

Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta (2005). Metodologi Penelitian Kesehatan.

Notoatmodjo, S. (2015). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (Cetakan V). In *Jakarta: Rineka Cipta*. Yayasan Kita Menulis.

Ns. Sutejo, M. K. . S. K. J. . (n.d.). *Keperawatan Jiwa : Konsep Dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa ( Gangguan Jiwa Dan Psikososial )*. Retrieved November 27, 2021, from //library.poltekkespalembang.ac.id/keplinggau/index.php?p=show\_detail&id=1135

Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan : aplikasi dalam praktik keperawatan profesional / Nursalam*. Salemba Medika. https://lib.ui.ac.id

Nursalam. (2016). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan.* In Journal of Chemical Information and Modeling (Vol. 53, Issue 9).

Perawat, M. (2020). *Teori keperawatan sister calista roy*. 1–15. https://mediaperawat.id/teori-keperawatan-sister-calista-roy/

Prabowo. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa.* In Nuha Medika (Vol. 2, Issue 2).

Prima, A., Pangastuti, H. S., & Setiyarini, S. (2020). *Karakteristik Demografi dan Kondisi Kesehatan Sebagai Prediktor Stress Pada Pasien Kanker*. *04*(01), undefined-undefined. https://www.mendeley.com/catalogue/56cbc7ca-652b-38ee-9c6a-a22682a3280a/?utm\_source=desktop&utm\_medium=1.19.8&utm\_campaign=open\_catalog&userDocumentId=%7Bb920dc44-5e97-3a03-99cf-24782508c1f8%7D

Riadi, M. (2019). *Pengertian, Jenis, Gejala dan Penyebab Kecemasan - KajianPustaka.com*. Kajian Pustaka.Com. https://www.kajianpustaka.com/2019/03/pengertian-jenis-gejala-dan-penyebab-kecemasan.html

Sadock, B. J. (2015). behavioral sciences/clinical psychiatry. *Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. https://books.google.com/books/about/Kaplan\_Sadock\_s\_Synopsis\_of\_Psychiatry.html?hl=id&id=QQmOngEACAAJ

Saskia, E. N. (2017). *Apakah yang dimaksud dengan Teori The Roy Adaptation Model?* Https://Www.Dictio.Id/. https://www.dictio.id/t/apakah-yang-dimaksud-dengan-teori-the-roy-adaptation-model/5213/3

Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan*, Edisi 2. Yogyakarta: Graha Ilmu. *עלון הנוטע*, *66*(1997).

Setiawan, S. (2021). *Pekerjaan - Pengertian, Jenis, Tujuan, Kebutuhan, Contoh, Kebebasan*. Gurupendidikan.Com. https://www.gurupendidikan.co.id/pekerjaan/

Stuart, Gail W, & Sundeen. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. In Local Responses to the English Reformation.

Stuart, Gail Wiscarz. (2014). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* 834.

Stuart, Gail Wiscarz. (2016). *Kesehatan Jiwa Stuart. Elsevier, 1.* https://www.belbuk.com/prinsip-dan-praktik-keperawatan-kesehatan-jiwa-stuart-set-buku-1-dan-2-edisi-indonesia-p-47796.html

Stuart, & Sundeen. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 3*. In Local Responses to the English Reformation.

Suliswati, dkk. (2014). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan* Jiwa. *Pengaruh Terapi Reminiscence Terhadap Harga Diri Lansia*, *2*(Keperawatan Kesehatan Jiwa).

Wibowo T. Tunardi, SH., M. (2012). *Pengertian Perkawinan - Jurnal Hukum*. https://www.jurnalhukum.com/pengertian-perkawinan/

Yanti, R., Annis Nauli, F., Utomo, W., & Studi Ilmu Keperawatan, P. (2017). *Gambaran Persepsi Dan Sikap Perawat Jiwa Kepada Pasien Gangguan Jiwa Di Ruang Rawat Inap*. *2013*.

Yusuf, A.H, F., & ,R & Nihayati, H. . (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. https://doi.org/ISBN 978-xxx-xxx-xx-x

#### Lampiran 1

**CURICULUM VITAE**

Nama : Achmad Saifudin

Nim : 2011001

Tempat tanggal lahir : Sidoarjo, 16 Juni 1982

Alamat : Dusun Jebug RT 19 RW 05 Desa

Cangkringsari Kecamatan Sukodono

Email : achmadudin19@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Madrasah Ibtidaiyah ( MI ) Bahrul Ulum Sukodono
2. SMPN 2 Sukodono Sidoarjo
3. Sekolah Perawat Kesehatan Sidoarjo
4. D3 Keperawatan Sutopo Surabaya

#### Lampiran 2

**“MOTTO “**

**“Maka sesungguhnya bersama kesulitan pasti ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap. (QS. Al- Insyirah: 5-8)”**

**“PERSEMBAHAN”**

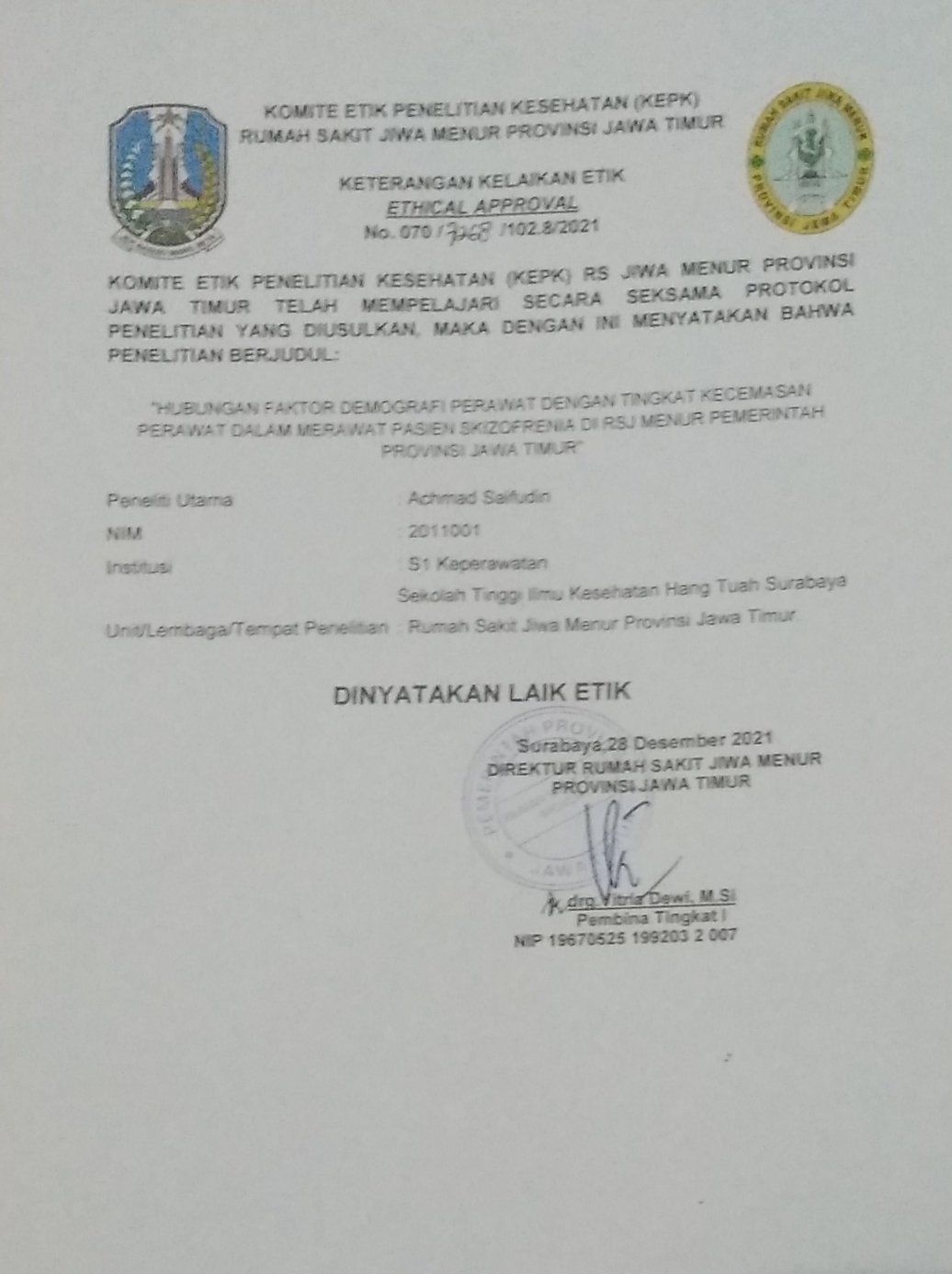
Rasa syukur kepada Allah subhannallahuwata’ala dan terimakasih yang sebesar-besarnya kupersembahkan skripsi ini kepada :

1. Allah Subhannallahuwata’ala dan orang tua dan istri saya, serta anak-anak saya yang tersayang yang menambah semangat saya selama menuntut ilmu di bangku kuliah.
2. Terimakasih kepada ibu dosen pembimbing 1 dan 2 yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan skripsi ini.
3. Sahabat dan teman-teman seperjuangan angkatan 25 PRODI S1 Non- Reguler yang begitu banyak memberi pengalaman selama menuntut ilmu di Stikes Hang Tuah Surabaya.

#### Lampiran 3



****



#### Lampiran 4

**INFORMATION FOR CONSENT**

KepadaYth

Sdr/i Calon Responden Penelitian

di RSJ Menur Provinsi Jawa Timur

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan analisa Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif untuk memberikan masukan tentang Hubungan Faktor Demografi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur sehingga perawat dapat menghindari dan meminimalkan kecemasan tersebut dengan baik.

Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang Anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain. Partisipasi saudara bersifat bebas dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang Menjelaskan Yang Dijelaskan

Achmad Saifudin

Nim. 2011001

#### Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Achmad Saifudin

NIM : 2011001

Yang berjudul “Hubungan Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubungan Faktor Demografi Perawat yang berpengaruh terhadap Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tanda tangan saya di bawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

|  |  |
| --- | --- |
| Tanggal |  |
| Nama Responden |  |
| Tanda Tangan |  |

**Lampiran 6**

**LEMBAR KUESIONER DEMOGRAFI**

Judul Penelitian : Hubungan Faktor Demografi Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Di RSJ Menur Pemerintah Provinsi Jawa Timur..

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Bacalah baik-baik setiap pernyataan di bawah ini.
2. Isilah jawaban pada pertanyaan yang membutuhkan jawaban
3. Pilihlah alternatif jawaban yang sudah tersedia sesuai dengan kondisi pada diri anda, kemudian berilah tanda centang (√) pada kolom yang sudah disediakan.
4. Jawaban diisi sendiri, tidak boleh diwakilkan.
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan dan kami sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

Data Responden

1. Inisial Nama :
2. Usia : ………………………… tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Status : Menikah Belum menikah
5. Unit Bekerja : IGD Ruang Rawat Inap Jiwa
6. Lama bekerja : < 1 Tahun 1-5 Tahun

> 5 Tahun

1. Pendidikan Terakhir : DIII D IV / S1

S2

**LEMBAR KUESIONER TINGKAT KECEMASAN**

Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Bacalah baik-baik setiap pernyataan di bawah ini.
2. Isilah jawaban pada pertanyaan yang membutuhkan jawaban
3. Pilihlah alternatif jawaban yang sudah tersedia sesuai dengan kondisi pada diri anda, kemudian berilah tanda centang (√) pada kolom yang sudah disediakan

Dengan kriteria gejala sebagai berikut:

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = sedang

3 = berat

4 = berat sekali

1. Jawaban diisi sendiri, tidak boleh diwakilkan.
2. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan dan kami sangat menghargai kejujuran dan keterbukaan anda.

HAMILTON RATING SCALE FOR ANXIETY (HARS)

Nomor Responden :

Nama Responden :

Tanggal Pemeriksaan :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pertanyaan | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Perasaan Ansietas |  |  |  |  |  |
|  | * Cemas |  |  |  |  |  |
| * Firasat Buruk |  |  |  |  |  |
| * Takut Akan Pikiran Sendiri |  |  |  |  |  |
| * Mudah Tersinggung |  |  |  |  |  |
| 2 | Ketegangan |  |  |  |  |  |
|  | * Merasa Tegang |  |  |  |  |  |
| * Lesu |  |  |  |  |  |
| * Tak Bisa Istirahat Tenang |  |  |  |  |  |
| * Mudah Terkejut |  |  |  |  |  |
| * Mudah Menangis |  |  |  |  |  |
| * Gemetar |  |  |  |  |  |
| * Gelisah |  |  |  |  |  |
| 3 | Ketakutan |  |  |  |  |  |
|  | * Pada Gelap |  |  |  |  |  |
| * Pada Orang Asing |  |  |  |  |  |
| * Ditinggal Sendiri |  |  |  |  |  |
| * Pada Binatang Besar |  |  |  |  |  |
| * Pada Keramaian Lalu Lintas |  |  |  |  |  |
| * Pada Kerumunan Orang Banyak |  |  |  |  |  |
| 4 | Gangguan Tidur |  |  |  |  |  |
|  | * Sukar Masuk Tidur |  |  |  |  |  |
| * Terbangun Malam Hari |  |  |  |  |  |
| * Tidak Nyenyak |  |  |  |  |  |
| * Bangun dengan Lesu |  |  |  |  |  |
| * Banyak Mimpi-Mimpi |  |  |  |  |  |
| * Mimpi Buruk |  |  |  |  |  |
| * Mimpi Menakutkan |  |  |  |  |  |
| 5 | Gangguan Kecerdasan |  |  |  |  |  |
|  | * Sukar Konsentrasi |  |  |  |  |  |
| * Daya Ingat Buruk |  |  |  |  |  |
| 6 | Perasaan Depresi |  |  |  |  |  |
|  | * Hilangnya Minat |  |  |  |  |  |
| * Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi |  |  |  |  |  |
| * Sedih |  |  |  |  |  |
| * Bangun Dini Hari |  |  |  |  |  |
| * Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari |  |  |  |  |  |
| 7 | Gejala Somatik (Otot) |  |  |  |  |  |
|  | * Sakit dan Nyeri di Otot-Otot |  |  |  |  |  |
| * Kaku |  |  |  |  |  |
| * Kedutan Otot |  |  |  |  |  |
| * Gigi Gemerutuk |  |  |  |  |  |
| * Suara Tidak Stabil |  |  |  |  |  |
| 8 | Gejala Somatik (Sensorik) |  |  |  |  |  |
|  | * Tinitus |  |  |  |  |  |
| * Penglihatan Kabur |  |  |  |  |  |
| * Muka Merah atau Pucat |  |  |  |  |  |
| * Merasa Lemah |  |  |  |  |  |
| * Perasaan ditusuk-Tusuk |  |  |  |  |  |
| 9 | Gejala Kardiovaskuler |  |  |  |  |  |
|  | * Takhikardia |  |  |  |  |  |
| * Berdebar |  |  |  |  |  |
| * Nyeri di Dada |  |  |  |  |  |
| * Denyut Nadi Mengeras |  |  |  |  |  |
| * Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan |  |  |  |  |  |
| * Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap) |  |  |  |  |  |
| 10 | Gejala Respiratori |  |  |  |  |  |
|  | * Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada |  |  |  |  |  |
| * Perasaan Tercekik |  |  |  |  |  |
| * Sering Menarik Napas |  |  |  |  |  |
| * Napas Pendek/Sesak |  |  |  |  |  |
| 11 | Gejala Gastrointestinal |  |  |  |  |  |
|  | * Sulit Menelan |  |  |  |  |  |
| * Perut Melilit |  |  |  |  |  |
| * Gangguan Pencernaan |  |  |  |  |  |
| * Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan |  |  |  |  |  |
| * Perasaan Terbakar di Perut |  |  |  |  |  |
| * Rasa Penuh atau Kembung |  |  |  |  |  |
| * Mual |  |  |  |  |  |
| * Muntah |  |  |  |  |  |
| * Buang Air Besar Lembek |  |  |  |  |  |
| * Kehilangan Berat Badan |  |  |  |  |  |
| * Sukar Buang Air Besar (Konstipasi) |  |  |  |  |  |
| 12 | Gejala Urogenital |  |  |  |  |  |
|  | * Sering Buang Air Kecil |  |  |  |  |  |
| * Tidak Dapat Menahan Air Seni |  |  |  |  |  |
| * Amenorrhoe |  |  |  |  |  |
| * Menorrhagia |  |  |  |  |  |
| * Menjadi Dingin (Frigid) |  |  |  |  |  |
| * Ejakulasi Praecocks |  |  |  |  |  |
| * Ereksi Hilang |  |  |  |  |  |
| * Impotensi |  |  |  |  |  |
| 13 | Gejala Otonom |  |  |  |  |  |
|  | * Mulut Kering |  |  |  |  |  |
| * Muka Merah |  |  |  |  |  |
| * Mudah Berkeringat |  |  |  |  |  |
| * Pusing, Sakit Kepala |  |  |  |  |  |
| * Bulu-Bulu Berdiri |  |  |  |  |  |
| 14 | Tingkah Laku Pada Wawancara |  |  |  |  |  |
|  | * Gelisah |  |  |  |  |  |
| * Tidak Tenang |  |  |  |  |  |
| * Jari Gemetar |  |  |  |  |  |
| * Kerut Kening |  |  |  |  |  |
| * Muka Tegang |  |  |  |  |  |
| * Tonus Otot Meningkat |  |  |  |  |  |
| * Napas Pendek dan Cepat |  |  |  |  |  |
| * Muka Merah |  |  |  |  |  |

Total Skor :

<14 = tidak ada kecemasan

14 – 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

42 – 56 = kecemasan berat sekali

#### Lampiran 7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TABULASI DATA | | | | | | | | |  |
| HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA DI RSJ MENUR PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |
| Usia | Jenis Kelamin | Status Pernikahan | Unit Bekerja | Lama Bekerja | | Pendidikan Terakhir | | tingkat kecemasan |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 2 | 3 | | 2 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 5 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | | 1 | | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | | 1 | | 1 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 2 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 2 | | 3 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | | 1 | | 5 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | | 2 | | 4 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 3 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 5 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 2 | | 3 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 4 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 2 |
| 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | | 2 | | 2 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 2 |
| 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | | 1 | | 4 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 5 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 3 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 2 | | 1 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 2 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 2 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | | 1 | | 3 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 4 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 5 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 4 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 1 | | 5 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 4 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 4 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 3 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 5 |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 2 |
| 5 | 2 | 2 | 1 | 3 | | 2 | | 4 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 3 |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 2 | | 5 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 3 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | | 1 | | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 3 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | | 1 | | 3 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 5 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | | 1 | | 3 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | | 1 | | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | | 2 | | 5 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | | 2 | | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | | 2 | | 1 |

#### Lampiran 8

**HASIL SPSS**

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kecemasan \* Pendidikan Terakhir | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **Kecemasan \* Pendidikan Terakhir Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Pendidikan Terakhir | | Total |
|  |  |  | DIII | D-IV/S-1 |
| Kecemasan | Tidak Ada Kecemasan | Count | 32 | 19 | 51 |
| % within Kecemasan | 62.7% | 37.3% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 48.5% | 52.8% | 50.0% |
| % of Total | 31.4% | 18.6% | 50.0% |
| Kecemasan Ringan | Count | 6 | 6 | 12 |
| % within Kecemasan | 50.0% | 50.0% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 9.1% | 16.7% | 11.8% |
| % of Total | 5.9% | 5.9% | 11.8% |
| Kecemasan Sedang | Count | 7 | 5 | 12 |
| % within Kecemasan | 58.3% | 41.7% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 10.6% | 13.9% | 11.8% |
| % of Total | 6.9% | 4.9% | 11.8% |
| Kecemasan Berat | Count | 7 | 1 | 8 |
| % within Kecemasan | 87.5% | 12.5% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 10.6% | 2.8% | 7.8% |
| % of Total | 6.9% | 1.0% | 7.8% |
| Kecemasan Berat Sekali | Count | 14 | 5 | 19 |
| % within Kecemasan | 73.7% | 26.3% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 21.2% | 13.9% | 18.6% |
| % of Total | 13.7% | 4.9% | 18.6% |
| Total | | Count | 66 | 36 | 102 |
| % within Kecemasan | 64.7% | 35.3% | 100.0% |
| % within Pendidikan Terakhir | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| % of Total | 64.7% | 35.3% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 3.926a | 4 | .416 |
| Likelihood Ratio | 4.231 | 4 | .376 |
| Linear-by-Linear Association | 1.379 | 1 | .240 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 3 cells (30.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.82. | | | |

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kecemasan \* Lama Bekerja | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **Kecemasan \* Lama Bekerja Crosstabulation** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Lama Bekerja | | | Total |
|  |  |  | < 1 Tahun | 1-5 Tahun | > 5 Tahun |
| Kecemasan | Tidak Ada Kecemasan | Count | 0 | 20 | 31 | 51 |
| % within Kecemasan | .0% | 39.2% | 60.8% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | .0% | 66.7% | 46.3% | 50.0% |
| % of Total | .0% | 19.6% | 30.4% | 50.0% |
| Kecemasan Ringan | Count | 0 | 2 | 10 | 12 |
| % within Kecemasan | .0% | 16.7% | 83.3% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | .0% | 6.7% | 14.9% | 11.8% |
| % of Total | .0% | 2.0% | 9.8% | 11.8% |
| Kecemasan Sedang | Count | 2 | 2 | 8 | 12 |
| % within Kecemasan | 16.7% | 16.7% | 66.7% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | 40.0% | 6.7% | 11.9% | 11.8% |
| % of Total | 2.0% | 2.0% | 7.8% | 11.8% |
| Kecemasan Berat | Count | 1 | 2 | 5 | 8 |
| % within Kecemasan | 12.5% | 25.0% | 62.5% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | 20.0% | 6.7% | 7.5% | 7.8% |
| % of Total | 1.0% | 2.0% | 4.9% | 7.8% |
| Kecemasan Berat Sekali | Count | 2 | 4 | 13 | 19 |
| % within Kecemasan | 10.5% | 21.1% | 68.4% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | 40.0% | 13.3% | 19.4% | 18.6% |
| % of Total | 2.0% | 3.9% | 12.7% | 18.6% |
| Total | | Count | 5 | 30 | 67 | 102 |
| % within Kecemasan | 4.9% | 29.4% | 65.7% | 100.0% |
| % within Lama Bekerja | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| % of Total | 4.9% | 29.4% | 65.7% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 12.932a | 8 | .114 |
| Likelihood Ratio | 14.214 | 8 | .076 |
| Linear-by-Linear Association | .252 | 1 | .616 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 8 cells (53.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .39. | | | |

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kecemasan \* Status Responden | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **Kecemasan \* Status Responden Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Status Responden | | Total |
|  |  |  | Belum Menikah | Menikah |
| Kecemasan | Tidak Ada Kecemasan | Count | 5 | 46 | 51 |
| % within Kecemasan | 9.8% | 90.2% | 100.0% |
| % within Status Responden | 38.5% | 51.7% | 50.0% |
| % of Total | 4.9% | 45.1% | 50.0% |
| Kecemasan Ringan | Count | 0 | 12 | 12 |
| % within Kecemasan | .0% | 100.0% | 100.0% |
| % within Status Responden | .0% | 13.5% | 11.8% |
| % of Total | .0% | 11.8% | 11.8% |
| Kecemasan Sedang | Count | 3 | 9 | 12 |
| % within Kecemasan | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| % within Status Responden | 23.1% | 10.1% | 11.8% |
| % of Total | 2.9% | 8.8% | 11.8% |
| Kecemasan Berat | Count | 2 | 6 | 8 |
| % within Kecemasan | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| % within Status Responden | 15.4% | 6.7% | 7.8% |
| % of Total | 2.0% | 5.9% | 7.8% |
| Kecemasan Berat Sekali | Count | 3 | 16 | 19 |
| % within Kecemasan | 15.8% | 84.2% | 100.0% |
| % within Status Responden | 23.1% | 18.0% | 18.6% |
| % of Total | 2.9% | 15.7% | 18.6% |
| Total | | Count | 13 | 89 | 102 |
| % within Kecemasan | 12.7% | 87.3% | 100.0% |
| % within Status Responden | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| % of Total | 12.7% | 87.3% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 5.009a | 4 | .286 |
| Likelihood Ratio | 6.044 | 4 | .196 |
| Linear-by-Linear Association | 1.554 | 1 | .213 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.02. | | | |

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kecemasan \* Jenis Kelamin Responden | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **Kecemasan \* Jenis Kelamin Responden Crosstabulation** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Jenis Kelamin Responden | | Total |
|  |  |  | Perempuan | Laki-Laki |
| Kecemasan | Tidak Ada Kecemasan | Count | 31 | 20 | 51 |
| % within Kecemasan | 60.8% | 39.2% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 56.4% | 42.6% | 50.0% |
| % of Total | 30.4% | 19.6% | 50.0% |
| Kecemasan Ringan | Count | 5 | 7 | 12 |
| % within Kecemasan | 41.7% | 58.3% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 9.1% | 14.9% | 11.8% |
| % of Total | 4.9% | 6.9% | 11.8% |
| Kecemasan Sedang | Count | 7 | 5 | 12 |
| % within Kecemasan | 58.3% | 41.7% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 12.7% | 10.6% | 11.8% |
| % of Total | 6.9% | 4.9% | 11.8% |
| Kecemasan Berat | Count | 5 | 3 | 8 |
| % within Kecemasan | 62.5% | 37.5% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 9.1% | 6.4% | 7.8% |
| % of Total | 4.9% | 2.9% | 7.8% |
| Kecemasan Berat Sekali | Count | 7 | 12 | 19 |
| % within Kecemasan | 36.8% | 63.2% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 12.7% | 25.5% | 18.6% |
| % of Total | 6.9% | 11.8% | 18.6% |
| Total | | Count | 55 | 47 | 102 |
| % within Kecemasan | 53.9% | 46.1% | 100.0% |
| % within Jenis Kelamin Responden | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| % of Total | 53.9% | 46.1% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 4.254a | 4 | .373 |
| Likelihood Ratio | 4.270 | 4 | .371 |
| Linear-by-Linear Association | 2.010 | 1 | .156 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.69. | | | |

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Kecemasan \* kategori | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **Kecemasan \* kategori Crosstabulation** | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | kategori | | | | | | Total |
|  |  |  | 20-25 | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | 51-55 |
| Kecemasan | Tidak Ada Kecemasan | Count | 5 | 12 | 19 | 9 | 4 | 2 | 51 |
| % within Kecemasan | 9.8% | 23.5% | 37.3% | 17.6% | 7.8% | 3.9% | 100.0% |
| % within kategori | 55.6% | 52.2% | 63.3% | 45.0% | 25.0% | 50.0% | 50.0% |
| % of Total | 4.9% | 11.8% | 18.6% | 8.8% | 3.9% | 2.0% | 50.0% |
| Kecemasan Ringan | Count | 0 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 12 |
| % within Kecemasan | .0% | 25.0% | 16.7% | 16.7% | 25.0% | 16.7% | 100.0% |
| % within kategori | .0% | 13.0% | 6.7% | 10.0% | 18.8% | 50.0% | 11.8% |
| % of Total | .0% | 2.9% | 2.0% | 2.0% | 2.9% | 2.0% | 11.8% |
| Kecemasan Sedang | Count | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 0 | 12 |
| % within Kecemasan | 25.0% | 8.3% | 25.0% | 8.3% | 33.3% | .0% | 100.0% |
| % within kategori | 33.3% | 4.3% | 10.0% | 5.0% | 25.0% | .0% | 11.8% |
| % of Total | 2.9% | 1.0% | 2.9% | 1.0% | 3.9% | .0% | 11.8% |
| Kecemasan Berat | Count | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 |
| % within Kecemasan | .0% | 37.5% | 25.0% | 25.0% | 12.5% | .0% | 100.0% |
| % within kategori | .0% | 13.0% | 6.7% | 10.0% | 6.2% | .0% | 7.8% |
| % of Total | .0% | 2.9% | 2.0% | 2.0% | 1.0% | .0% | 7.8% |
| Kecemasan Berat Sekali | Count | 1 | 4 | 4 | 6 | 4 | 0 | 19 |
| % within Kecemasan | 5.3% | 21.1% | 21.1% | 31.6% | 21.1% | .0% | 100.0% |
| % within kategori | 11.1% | 17.4% | 13.3% | 30.0% | 25.0% | .0% | 18.6% |
| % of Total | 1.0% | 3.9% | 3.9% | 5.9% | 3.9% | .0% | 18.6% |
| Total | | Count | 9 | 23 | 30 | 20 | 16 | 4 | 102 |
| % within Kecemasan | 8.8% | 22.5% | 29.4% | 19.6% | 15.7% | 3.9% | 100.0% |
| % within kategori | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| % of Total | 8.8% | 22.5% | 29.4% | 19.6% | 15.7% | 3.9% | 100.0% |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 24.291a | 20 | .230 |
| Likelihood Ratio | 24.234 | 20 | .232 |
| Linear-by-Linear Association | .508 | 1 | .476 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 25 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31. | | | |

| **Case Processing Summary** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cases | | | | | |
|  | Valid | | Missing | | Total | |
|  | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| kategori \* Kecemasan | 102 | 100.0% | 0 | .0% | 102 | 100.0% |

| **kategori \* Kecemasan Crosstabulation** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Count |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Kecemasan | | | | | Total |
|  |  | Tidak Ada Kecemasan | Kecemasan Ringan | Kecemasan Sedang | Kecemasan Berat | Kecemasan Berat Sekali |
| kategori | 20-25 | 5 | 0 | 3 | 0 | 1 | 9 |
| 26-30 | 12 | 3 | 1 | 3 | 4 | 23 |
| 31-35 | 19 | 2 | 3 | 2 | 4 | 30 |
| 36-40 | 9 | 2 | 1 | 2 | 6 | 20 |
| 41-45 | 4 | 3 | 4 | 1 | 4 | 16 |
| 51-55 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Total | | 51 | 12 | 12 | 8 | 19 | 102 |
|  | |  |  |  |  |  |  |

| **Chi-Square Tests** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
| Pearson Chi-Square | 24.291a | 20 | .230 |
| Likelihood Ratio | 24.234 | 20 | .232 |
| Linear-by-Linear Association | .508 | 1 | .476 |
| N of Valid Cases | 102 |  |  |
| a. 25 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31. | | | |

| **Statistics** | | |
| --- | --- | --- |
| Kecemasan | |  |
| N | Valid | 102 |
| Missing | 0 |
| Mean | | 2.33 |
| Std. Error of Mean | | .157 |
| Median | | 1.50 |
| Minimum | | 1 |
| Maximum | | 5 |
| Sum | | 238 |

| **Kecemasan** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Tidak Ada Kecemasan | 51 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| Kecemasan Ringan | 12 | 11.8 | 11.8 | 61.8 |
| Kecemasan Sedang | 12 | 11.8 | 11.8 | 73.5 |
| Kecemasan Berat | 8 | 7.8 | 7.8 | 81.4 |
| Kecemasan Berat Sekali | 19 | 18.6 | 18.6 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Statistics** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Usia Responden | Jenis Kelamin Responden | Status Responden | Unit Bekerja Inap Jiwa | Lama Bekerja | Pendidikan Terakhir |
| N | Valid | 102 | 102 | 102 | 102 | 102 | 102 |
| Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 34.46 | 1.46 | .87 | 1.18 | 2.61 | 1.35 |
| Median | | 34.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 3.00 | 1.00 |
| Minimum | | 21 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | | 54 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| Sum | | 3515 | 149 | 89 | 120 | 266 | 138 |

| **Usia Responden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | 20-25 | 9 | 8.8 | 8.8 | 8.8 |
| 26-30 | 23 | 22.5 | 22.5 | 31.4 |
| 31-35 | 30 | 29.4 | 29.4 | 60.8 |
| 36-40 | 20 | 19.6 | 19.6 | 80.4 |
| 41-45 | 16 | 15.7 | 15.7 | 96.1 |
| 51-55 | 4 | 3.9 | 3.9 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Jenis Kelamin Responden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Perempuan | 55 | 53.9 | 53.9 | 53.9 |
| Laki-Laki | 47 | 46.1 | 46.1 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Status Responden** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Belum Menikah | 13 | 12.7 | 12.7 | 12.7 |
| Menikah | 89 | 87.3 | 87.3 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Unit Bekerja Inap Jiwa** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Ruang Rawat Inap | 84 | 82.4 | 82.4 | 82.4 |
| IGD | 18 | 17.6 | 17.6 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Lama Bekerja** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | < 1 Tahun | 5 | 4.9 | 4.9 | 4.9 |
| 1-5 Tahun | 30 | 29.4 | 29.4 | 34.3 |
| > 5 Tahun | 67 | 65.7 | 65.7 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

| **Pendidikan Terakhir** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | DIII | 66 | 64.7 | 64.7 | 64.7 |
| D-IV/S-1 | 36 | 35.3 | 35.3 | 100.0 |
| Total | 102 | 100.0 | 100.0 |  |

SAVE OUTFILE='D:\Bahan analisis new\Data Demografi.sav' /COMPRESSED.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet3 WINDOW=FRONT.

DATASET ACTIVATE DataSet2.

FREQUENCIES VARIABLES=Cemas Firasatburuk Takutakanpikiransendiri Mudahtersinggung Merasategang Lesu Takbisainstirahattenang Mudahter

   kejut MudahMenangis Gemetar Gelisah Padagelap Padaorangasing Ditinggalsendiri Padabinatangsendiri Padakeramaianlalulintas

    Padakerumunanorangbanyak Sukarmasuktidur Terbangunmalamhari Tidaknyenyak Bangundenganlesu Banyakmimpimimpi Mimpiburuk Mimpimenak

   utkan Sukarkonsentrasi Dayaingatburuk Hilangnyaminat Berkurangnyakesenanganpadahobi Sedih bangundinihari

    Perasaanberubahubahsepanjanghari Sakitdannyeridiotototot Kaku Kedutanotot Gigigemerutuk Suaratidakstabil Tinitus Penglihatankabu

   r Mukamerahataupucat Merasalemah Perasaanditusuktusuk Takhikardia

  /STATISTICS=MINIMUM MAXIMUM SEMEAN MEAN MEDIAN SUM

  /ORDER=ANALYSIS.