

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PASIEN DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT***

(Literature Review)

SKRIPSI



Oleh :

**Agustin Adi Parno Putra
17010044**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PASIEN DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT***

(Literature Review)

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar S1 Ilmu Keperawatan (S. Kep)



Oleh :

**Agustin Adi Parno Putra
17010044**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi *Literature Review* ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui
untuk mengikuti seminar hasil pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas dr. Soebandi

Jember, 9 Agustus 2021

Dosen Pembimbing I



Arief Judi Susilo, S. Kp., M. Kep.
NIDN. 19651217 198903 1 001

Dosen Pembimbing II



Ns. Guruh Wirasakti, S.Kep., M.Kep
NIK/NIDN 19870525 201802 1 44

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi *Literature Review* yang berjudul "*Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit*" telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan pada :

Hari : Senin

Tanggal : 09 Agustus 2021

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES dr. Soebandi Jember

Tim Penguji,

Ketua



Susilawati, S.ST., M.Kes
NIDN. 4003127401

Penguji 1



Arief Judi Susilo, S. Kp., M. Kep
NIDN. 19651217 198903 1 001

Penguji 2



Ns. Guruh Wirasakti, S.Kep., M.Kep
NIK/NIDN 19870525 201802 1 44

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas dr. Soebandi



Hella Mulya Lusina, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0706109104

IV

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Agustin Adi Parno Putra
Tempat, Tanggal Lahir : Bojonegoro, 20 Maret 1999
NIM : 17010044

Menyatakan dengan sesungguhnya bahan skripsi *Literature Review* saya yang berjudul "Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang *Intensive Care Unit*" adalah karya saya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan suatu perguruan tinggi manapun. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penyusunan Skripsi *Literature Review* ini yang saya kutip dari karya hasil orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika penulisan ilmiah. Apabila kemudian hari ditemukan adanya kecurangan dalam penyusunan skripsi *Literature Review* ini, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku.

Jember, 9 Agustus 2021


Agustin Adi Parno Putra
17010044

SKRIPSI

HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT*

(Literature Review)

Oleh :

**Agustin Adi Parno Putra
NIM. 170101044**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Arief Judi Susilo, S. Kp., M. Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Guruh Wirasakti,S.Kep.,M.Kep

HALAMAN PERSEMBAHAN

Puji syukur Kehadirat Allah SWT yang telah diberikan rahmat dan hidayahnya sehingga saya diberi kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan tugas akhir skripsi ini.

Karya ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya Ibu Muni Atin dan Almarhum Bapak Parno, dan juga adik saya Meidan Wisnu Saputra yang telah memberikan kasih sayang, support, dan doa sehingga saya mampu menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di Universitas dr. Soebandi.
2. Terimakasih banyak saya ucapkan kepada penguji utama saya ibu Susilawati, S.ST., M.Kes. yang bersedia meluangkan waktu untuk membimbing dan memberi pengarahan juga motivasi dalam menyusun karya ilmiah ini.
3. Terimakasih kepada seluruh dosen dan keluarga besar Universitas dr. Soebandi yang telah memberi banyak ilmu yang bermanfaat.
4. Terimakasih kepada Megalita Rafandike Utari yang selalu mambantu saya, memarahi saya jika males, mensupport saya dan juga mendoakan saya dari awal pengerjaan proposal sampai menjadi skripsi ini.
5. Sahabat tercinta khususnya CRF Team diantaranya Magdevyababa, Fathullah Hasyim, Adi Kurniawan, Ivan Restu Retnandiyanto, Shofi Nur Rizki, Intania Hadi Wismasa, Indah Wahyuni, Taufiq Khoironi, Winardi Christian Adianto.
6. Seluruh teman-teman kelas 2017'A, 2017'B dan 2017,C Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas dr.Soebandi Jember.

MOTTO

“Jadilah seperti pohon kayu yang lebat buahnya, tumbuh ditepi jalan. dilempar buahnya dengan batu, tetapi tetap dibalas dengan buah”

(Abu Bakar)

“Lakukan segala sesuatu dengan passion, dan lakukan hal tersebut dengan totalitas, karena jika tidak lebih baik, maka lebih baik tidak”

(~~)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji syukur bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi *Literature Review* ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember dengan judul “Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* : *Literature Review*”.

Selama proses penyusunan skripsi *Literature Review* ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Drs. H. Said Mardijanto, S.Kep., Ns., MM selaku Rektor Universitas dr. Soebandi yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta dalam penyusunan skripsi ini.
2. Hella Meldy Tursina, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Universitas dr. Soebandi yang telah mendukung dan mempermudah dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Irwina Angelia Silvanasari, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi yang telah memberikan arahan dan motivasi secara maksimal dalam penyusunan skripsi ini.
4. Susilawati, S.ST., M.Kes, selaku ketua tim penguji yang telah memberikan saran dan perbaikan sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.

5. Arief Judi Susilo, S. Kp., M. Kep, selaku pembimbing I yang telah membimbing saya dengan baik dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Ns. Guruh Wirasakti,S.Kep.,M.Kep, selaku pembimbing II. yang telah membimbing saya dengan baik dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 9 Agustus 2021



Penulis

ABSTRAK

Putra, Agustin Adi Parno*. Susilo, Arief, Judi**. Wirasakti, Guruh *** 2021.
Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*. Literature review. Tugas Akhir. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Intensive Care Unit (ICU) merupakan suatu ruang rawat yang ada di Rumah Sakit dengan staf dan perlengkapan khusus untuk mengelola pasien dengan penyakit, trauma atau komplikasi yang mengancam jiwa. Pasien yang masuk ke ruang ICU ini dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan, Hal ini menyebabkan keluarga pasien datang dengan berbagai macam-macam stressor. Kecemasan pada keluarga ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi pasien yang dirawat di ruang ICU. Lebih dari 66,67% dari keluarga yang mendampingi pasien yang dirawat di ruang ICU mengalami gangguan cemas dan depresi. Penerapan komunikasi terapeutik yang tidak maksimal oleh perawat dapat membuat keluarga semakin cemas. Tujuan *Literature Review* untuk menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*. Kecemasan, depresi dan gangguan stres paska trauma lebih tinggi pada anggota keluarga daripada pasien. Desain penelitian ini adalah *Literature Review*. Pencarian database menggunakan *Proquest, Scient Direct, Portal Garuda* dan *Google Scholar* artikel tahun 2016-2020 yang telah dilakukan proses seleksi menggunakan format PICOS dengan kriteris inklusi komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga, desain artikel *Cross sectional*. Hasil dari keenam artikel tersebut diperoleh 5 atikel dengan nilai $p < 0,05$ dan juga 1 artikel $> p 0,05$, dimana dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*. Tenaga kesehatan dituntut untuk mampu melakukan keterampilan komunikasi terapeutiknya secara efektif sehingga tingkat kecemasan anggota keluarga berkurang. Akibatnya, emosi yang stabil dari anggota keluarga mempengaruhi pengambilan keputusan pengobatan yang tepat.

Kata Kunci : Komunikasi Terapeutik, Kecemasan Keluarga, ICU

*peneliti

**pembimbing 1

***pembimbing 2

ABSTRACT

Putra, Agustin Adi Parno. Susilo, Arief, Judi**. Wirasakti, Guruh *** 2021. **The relationship between nurse therapeutic communication and the level of anxiety of the patient's family in the Intensive care unit.** Literature review. Thesis. Nursing Science Study Program Universitas dr. Soebandi Jember.*

The Intensive Care Unit (ICU) is a ward in a hospital with special staff and equipment to manage patients with illness, trauma or life-threatening complications. Patients who enter the ICU in a sudden and unplanned state, this causes the patient's family to come with various kinds of stressors. Anxiety in this family can indirectly affect the condition of patients treated in the ICU. More than 66.67% of the families who accompany patients treated in the ICU experience anxiety and depression disorders. The application of therapeutic communication that is not optimal by nurses can make the family more anxious. The purpose of the Literature Review is to analyze the relationship between nurse therapeutic communication and the level of anxiety of the patient's family in the Intensive Care Unit. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder were higher in family members than patients. The design of this research is Literature Review. Database searches using Proquest, Scient Direct, Garuda Portal and Google Scholar articles for 2016-2020 which have been selected using the PICOS format with the inclusion criteria of communication with nurses with family anxiety levels, article design cross sectional. The results of the six articles obtained 5 articles with a value of $p < 0.05$ and also 1 article $> p 0.05$, which can be concluded that there is a relationship between nurse's therapeutic communication with patient's family anxiety in the Intensive care unit. Health workers is required to be able to perform their therapeutic communication skill effectively so that the anxiety level of family members is decreasing. As a result, the stable emotion of family members affect to the appropriate decision making of medical treatment.

Keywords: Therapeutic Communication, Family Anxiety, ICU

**researcher*

***Advicerr 1*

****Advicerr 2*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	iv
SKRIPSI.....	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
MOTTO	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6

1.4.2 Manfaat Praktisi.....	6
1.4.3 Manfaat Peneliti Selanjutnya.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep ICU	8
2.1.1 Definisi ICU	8
2.1.2 Tujuan ICU	9
2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan ICU	9
2.1.4 Kriteria Pasien Yang Dirawat di ICU.....	10
2.1.5 Indikasi Pasien Masuk ICU	11
2.1.6 Indikasi Pasien Keluar ICU	13
2.1.7 Klasifikasi Pelayanan ICU	14
2.1.8 Peraturan berkunjung di ICU.....	16
2.1.9 Tugas perawat ICU	17
2.2 Konsep Keperawatan	18
2.2.1 Definisi Perawat dan Keperawatan.....	18
2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat.....	19
2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik	22
2.3.1 Definisi komunikasi Terapeutik	22
2.3.2 Dasar-dasar Komunikasi Terapeutik	23
2.3.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik	26
2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik	26
2.3.5 Komponen Komunikasi Terapeutik.....	29
2.3.6 Fase Komunikasi Terapeutik	32
2.3.7 Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik	33
2.3.8 Menentukan Pengukuran Komunikasi	34

2.4 Konsep Kecemasan Keluarga	37
2.4.1 Pengertian Kecemasan Keluarga	37
2.4.2 Tanda dan Gejala Kecemasan Keluarga Pasien	38
2.4.3 Tingkat Kecemasan	39
2.4.4 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan	42
2.4.5 Indikator Kecemasan	44
2.4.6 Pengukuran Kecemasan.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	50
3.1 Strategi Pencarian Literature Review	50
3.1.1 Protokol dan Registrasi.....	50
3.1.2 Database Pencarian.....	50
3.1.3 Kata Kunci.....	51
3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	52
3.2.1 Seleksi Studi dan Penilaian Akhir	54
3.2.2 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi	55
BAB IV HASIL DAN ANALISIS	57
4.1 Karakteristik Studi	57
4.2 Karakteristik Responden Studi	62
4.2.1 Usia.....	62
4.2.2 Jenis Kelamin	64
4.2.3 Pekerjaan	65
4.2.4 Pendidikan	65
4.2.5 Kondisi Pasien.....	65

4.3 Menjelaskan komunikasi terapeutik perawat pada keluarga pasien di ruang Intensive care unit berdasarkan berbagai jurnal	67
4.4 Menjelaskan kecemasan pada keluarga pasien di ruang Intensive care unit berdasarkan berbagai jurnal.....	71
4.5 Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang Intensive care unit dari berbagai artikel-artikel jurnal	75
BAB V PEMBAHASAN	79
5.1 Deskripsi Komunikasi Terapeutik Perawat di ruang <i>Intensive care unit</i>	79
5.2 Deskripsi Kecemasan Keluarga di ruang <i>Intensive care unit</i>	84
5.3 Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di ruang <i>Intensive care unit</i>	90
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	95
6.1 Kesimpulan	95
6.2 Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN-LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kata Kunci <i>Literature Review</i>	51
Tabel 3.2 Format PICOS dalam <i>Literature Review</i>	53
Tabel 4.1 Hasil Temuan Artikel.....	58
Tabel 4.2.1 Karakteristik Responden Usia.....	62
Tabel 4.2.2 Karakteristik Responden Jenis Kelamin.....	64
Tabel 4.2.3 Karakteristik Responden Pekerjaan.....	65
Tabel 4.2.4 Karakteristik Responden Pendidikan.....	66
Tabel 4.2.5 Karakteristik Responden Kondisi Pasien.....	67
Tabel 4.3 Komunikasi Terapeutik Perawat.....	69
Tabel 4.4 Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien.....	71
Tabel 4.5 Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di <i>Intensive Care Unit</i>	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	50
Gambar 3.1 Diagram Alur	56

DAFTAR ISTILAH

RI	: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
BHD	: Bantuan Hidup Dasar
ALS	: Advanced Life Support
FCCS	: Fundamental Critical Care Support
ICN	: International Council Care Support
HARS	: Hamilton Anxiety Rating Scale
DASS	: Deppresion Anxiety Stres Scale
MSH	: Medical Subject Healing

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jurnal 1.....	100
Lampiran 2 Jurnal 2.....	108
Lampiran 3 Jurnal 3.....	113
Lampiran 4 Jurnal 4.....	120
Lampiran 5 Jurnal 5.....	127
Lampiran 6 Jurnal 6.....	133
Lampiran 7 Dokumentasi.....	138
Lampiran 8 Lembar Konsul.....	139
Lampiran 9 Kalender Penyusunan Skripsi.....	142
Lampiran 10 Curriculum Vitae.....	143

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah salah satu institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan perseorangan secara paripurna mulai dari pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan unit gawat darurat. Penyelenggaraan ini bertujuan untuk mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, perlindungan dan keselamatan kepada pasien, masyarakat, lingkungan serta sumber daya manusia dirumah sakit (Triwibowo, 2012). *Intensive Care Unit (ICU)* merupakan suatu ruang rawat yang ada di Rumah Sakit dengan staf dan perlengkapan khusus untuk mengelola pasien dengan penyakit, trauma atau komplikasi yang mengancam jiwa sewaktu waktu karena kegagalan atau disfungsi satu organ atau sistem masih ada dan memiliki kemungkinan disembuhkan kembali melalui perawatan dan pengobatan intensif (Musliha, 2013).

Pasien yang masuk ke ruang ICU ini adalah dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan. Hal ini menyebabkan keluarga pasien datang dengan berbagai macam-macam stressor. Pasien dan anggota keluarga menjalani pengalaman berbeda dalam menderita gangguan emosional selama tinggal dan setelah keluar ICU. Kecemasan, depresi dan gangguan stres paska trauma lebih tinggi pada anggota keluarga daripada pasien, dan bisa bertahan sampai tiga bulan, sementara pada pasien gejala menurun. Selamat dari ICU mungkin

mengalami tekanan psikologis untuk waktu yang lama, biasanya pasien dan anggota keluarga menderita gejala kecemasan, depresi dan stres paska trauma (Fumis, 2015). Kehadiran dan kepedulian keluarga, komunikasi yang bermakna dan kolaborasi dengan tim perawatan dapat membantu pasien selama perawatan di ICU. Oleh karena itu perawat memiliki tanggung jawab penting untuk mengatasi kebutuhan dan keprihatinan anggota keluarga selama di ICU (Bailey, 2010). Ansietas atau kecemasan sering terjadi pada ruang ICU, tidak hanya pasien tetapi juga keluarga dapat mengalami ansietas. Lebih dari 66,67% dari keluarga yang mendampingi pasien yang dirawat di ruang ICU mengalami gangguan cemas dan depresi (Pocard, 2011).

Kecemasan yang sering terjadi pada keluarga pasien biasanya disebabkan oleh kurangnya informasi yang diberikan oleh perawat dan bisa juga terjadi karena keluarga pasien dalam keadaan stress saat menerima informasi khususnya tentang kondisi dan proses perawatan pasien di ruang ICU, ketatnya aturan kunjungan di ruang ICU yang membuat keluarga merasa tidak dapat mendampingi pasien secara maksimal sehingga menimbulkan kecemasan pada keluarga (Budiono, 2017). Kecemasan pada keluarga ini secara tidak langsung dapat mempengaruhi kondisi pasien yang dirawat di ruang ICU, hal ini terjadi jika keluarga mengalami kecemasan maka berakibat pada pengambilan keputusan yang tertunda sehubungan dengan proses pengobatan dan perawatan yang akan diterima pasien (Budiono, 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh (Loriana, 2018) di ruang ICU Rumah Sakit RSUD A.M Parikesit Tenggarong pada tahun 2017 tentang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien dan didapatkan bahwa 62,1% keluarga menunjukkan kecemasan kategori Sedang sedangkan 37,9% menunjukkan kecemasan kategori Ringan. Selanjutnya, hasil penelitian (Kristiani, 2017) di ruang ICU Rumah Sakit Adi Husada Kapasari didapatkan bahwa tingkat kecemasan keluarga kategori Sedang mencapai 47% dan kecemasan kategori Berat mencapai 20%. Keluarga yang menunjukkan kecemasan ini disebabkan oleh kurangnya informasi tentang perawatan pasien dan komunikasi perawat yang kurang baik (Loriana, 2018). Penerapan komunikasi terapeutik yang tidak maksimal oleh perawat dapat membuat keluarga semakin cemas sehubungan dengan terbatasnya informasi tentang perawatan pasien. Perawat terkadang hanya berfokus pada kondisi individu pasien dalam melakukan tindakan sehingga mengabaikan kecemasan pada pasien dan keluarganya. Padahal, dengan berkomunikasi terapeutik yang baik antara perawat dengan keluarga pasien maka dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya kepada keluarga sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien (Priyoto, 2015).

Anggota keluarga memiliki peranan penting dalam membantu proses pengobatan pada pasien, terutama dalam hal memberi dukungan moral untuk mendapatkan respon pengobatan terbaik. Namun, jika keluarga dalam keadaan cemas dan depresi yang terlalu tinggi maka mereka tidak mungkin

dapat memberi dukungan secara maksimal kepada pasien baik dari segi moral maupun dari segi materil yang sangat dibutuhkan pasien (Dawood, 2018). Penerapan komunikasi terapeutik yang tidak maksimal oleh perawat dapat membuat keluarga semakin cemas sehubungan dengan terbatasnya informasi tentang perawatan pasien. Perawat terkadang hanya berfokus pada kondisi individu pasien dalam melakukan tindakan sehingga mengabaikan kecemasan pada pasien dan keluarganya. Padahal, dengan berkomunikasi terapeutik yang baik antara perawat dengan keluarga pasien maka dapat menimbulkan rasa nyaman, aman, dan rasa percaya kepada keluarga sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas kepada pasien (Priyoto, 2015). Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat haruslah sesuai tahap dan dilakukan secara sistematis. Mulai dari tahap pra interaksi, orientasi, kerja hingga fase terminasi (Afnuhazi, 2015). Komunikasi terapeutik itu sendiri merupakan komunikasi yang dilakukan atau dirancang secara profesional untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani, 2015). Hasil penelitian menurut (Loriana, 2018) di Ruang ICU Rumah Sakit Adi Husada Kapasari didapatkan bahwa komunikasi perawat tergolong kurang baik sebanyak 56,2% dan 29,8% tergolong baik sesuai dengan penilaian dari keluarga pasien. Selanjutnya, penelitian yang dilakukan di Unit Perawatan Kritis Rumah Sakit UNISMA pada tahun 2017 didapatkan bahwa komunikasi perawat tergolong kurang baik sebanyak 46,7%, komunikasi perawat tergolong baik sebanyak 10% dan komunikasi perawat

tergolong sedang sebanyak 43,3%. Selanjutnya, Penelitian yang dilakukan oleh (Loriana, 2018) di RSUD A.M Parikesit Tenggarong pada tahun 2017 tentang komunikasi perawat didapatkan hasil 54,7% berkomunikasi kurang baik dan 45,3% berkomunikasi baik. Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya penerapan komunikasi terapeutik yang efektif oleh perawat sehingga membuat keluarga akan semakin terpuruk dalam situasi yang dialaminya serta berpengaruh terhadap penerapan asuhan keperawatan yang baik khususnya dan mutu pelayanan rumah sakit umumnya (Kristiani, 2017).

Berdasarkan penelitian diatas peneliti melakukan *literature review* tentang “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di ruang *Intensive care unit*”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* ?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan *Literature Review* ini adalah untuk menjelaskan hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*.

1.3.1 Tujuan Umum

Dengan menggunakan metode *literature review* maka tujuan umum adalah menganalisis bagaimana hubungan komunikasi terapeutik

perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan komunikasi terapeutik perawat pada keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* berdasarkan berbagai jurnal.
- b. Menjelaskan kecemasan pada keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* berdasarkan berbagai jurnal.
- c. Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* dari berbagai artikel-artikel jurnal.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil dari *literature review* ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*.

1.4.2 Manfaat Praktisi

Hasil *literature review* ini diharapkan dapat meningkatkan asuhan keperawatan pada penderita kecemasan dan dapat menjadi landasan bagi perawat dalam memberikan intervensi guna meningkatkan komunikasi terapeutik di ICU..

1.4.3 Manfaat Peneliti Selanjutnya

Hasil *literature review* ini diharapkan dapat menjadi bahan penelitian selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik di ICU yang berfokus pada tindakan keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep ICU

2.1.1 Definisi ICU

ICU merupakan suatu unit perawatan khusus yang membutuhkan tingkat keahlian dalam penyatuan informasi, membuat keputusan serta membuat prioritas, karena saat penyakit menyerang sistem tubuh, sistem yang lain akan terlibat dalam upaya mengatasi adanya ketidakseimbangan (Musliha, 2013). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau yang mengancam nyawa serta potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dansarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut (Kemenkes, 2010).

2.1.2 Tujuan ICU

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU (Kemenkes, 2010), diantaranya :

1. Menyelamatkan kehidupan pasien
2. Mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring evaluasi yang ketat disertai kemampuan menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindak lanjut.
3. Meningkatkan kualitas pasien dan mempertahankan kehidupan
4. Mengoptimalkan kemampuan fungsi organ tubuh pasien
5. Mengurangi angka kematian pasien kritis dan mempercepat proses penyembuhan pasien.

2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah sakit, ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU (Kemenkes, 2010), diantaranya :

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar.
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenic.
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.

2.1.4 Kriteria Pasien Yang Dirawat di ICU

Pasien yang dirawat di ICU menurut (Kemenkes, 2010) :

1. Pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *Intensive care*
2. Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan terus menerus dan metode terapi titrasi
3. Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan terus-menerus dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekomposisi fisiologis.

Terdapat tiga kategori pasien yang termasuk pasien kritis menurut (Kemenkes, 2010) yaitu :

1. Pasien yang di rawat karena penyakit kritis meliputi penyakit jantung koroner, respirasi akut, kegagalan ginjal, infeksi, koma non traumatik dan kegagalan multi organ.
2. Pasien yang di rawat yang memerlukan profilaksi monitoring karena perubahan patofisiologi yang cepat seperti koma.
3. Pasien *post* operasi mayor.

Apapun kategori dan penyakit yang mendasarinya, tanda-tanda klinis penyakit kritis biasanya serupa karena tanda-tanda ini mencerminkan gangguan pada fungsi pernafasan, kardiovaskular, dan neurologi. Tanda-tanda klinis ini umumnya adalah takipnea, takikardia, hipotensi, gangguan kesadaran (misalnya letargi, konfusi / bingung, agitasi atau penurunan tingkat kesadaran).

2.1.5 Indikasi Pasien Masuk ICU

Sarana dan prasarana ICU di rumah sakit yang terbatas sedangkan tingginya kebutuhan pelayanan ICU, maka diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas. Menurut (Kemenkes, 2010) dalam penggunaan tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) akan didahulukan dibanding pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif atas

beratnya penyakit dan prognosis hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk ke ICU.

1. Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan / bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ/sistem lain, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini: pasca bedah kardiotorasik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa. Kriteria spesifik misalnya, derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan tertentu. Terapi pada pasien prioritas 1 umumnya tidak mempunyai batas.

2. Pasien prioritas 2

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

3. Pasien prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil Kesehatan sebelumnya, yang disebabkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Sebagai contoh antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, sumbatan jalan nafas, pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

2.1.6 Indikasi Pasien Keluar ICU

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien (Kemenkes, 2010). Status pasien dirawat di ICU harus ditinjau terus menerus untuk mengidentifikasi pasien yang mungkin tidak lagi membutuhkan perawatan :

1. Saat status fisiologis pasien telah stabil dan kebutuhan untuk ICU monitoring dan perawatan tidak lagi diperlukan
2. Saat status fisiologis pasien telah memburuk atau menjadi intervensi *irreversibel* dan tidak menguntungkan lagi, penarikan terapi harus dilakukan di unit perawatan intensif.

2.1.7 Klasifikasi Pelayanan ICU

Menurut (Kemenkes, 2010) Pelayanan di ICU diklasifikasikan menjadi 3 yang ditentukan oleh ketenagaan, sarana dan prasarana, peralatan dan kemampuan pelayanan, yaitu :

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

- 1) Kepala ICU, dokter spesialis anesthesiologi, jika tidak ada maka dokter spesialis lain yang terlatih ICU
- 2) Tim medis, dokter spesialis sebagai konsultan dan dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru yang bersertifikat BHD
- 3) Perawat, perawat terlatih yang bersertifikasi BHD
- 4) Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

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

- 1) Kepala ICU, dokter intensivis, jika tidak ada maka dokter spesialis anesthesiologi
- 2) Tim medis, dokter spesialis yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan dan dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS.

- 3) Perawat, minimal 50% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU
- 4) Kemampuan memberikan bantuan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu, melakukan pemantauan *invasive* dan usaha – usaha penunjang hidup

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

- 1) Kepala ICU, dokter intensivis yang bersertifikat sebagai seorang spesialis intensive care medicine (KIC, *Konsultan Intensive Care*) melalui program pelatihan dan pendidikan yang diakui oleh perhimpunan profesi yang terkait serta dapat melakukan prosedur *critical care*.
- 2) Tim medis, dokter spesialis yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan dan dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS.
- 3) Perawat, minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU
- 4) Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik *invasive* maupun non *invasive*
- 5) Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi

- 6) Memiliki paling sedikit seorang yang mampu mendidik medik dan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien
- 7) Memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga administrasi, tenaga rekam medik, tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian.

2.1.8 Peraturan berkunjung di ICU

Tata berkunjung di ICU menurut (Kemenkes, 2010) antara lain:

1. Pengunjung hanya di perbolehkan masuk ruangan ICU maksimal 2 orang
2. Jam berkunjung pagi pukul 10.00-12.00 WIB dan sore pukul 17.00-19.00 WIB yang diatur petugas keamanan
3. Tidak boleh mengambil photo atau video (zona private/merah)
4. Pengunjung harus melepas alas kaki sebelum masuk ruangan pre-steril
5. Sebelum memasuki ruang ICU, mengenakan jas pengunjung yang telah disediakan di ruangan pre-steril
6. Bayi dan anak-anak dilarang masuk ke ICU

2.1.9 Tugas perawat ICU

Menurut (Suprihatin, 2015) Tugas Perawat ICU adalah :

- 1) Memberikan Asuhan keperawatan secara holistik meliputi aspek Bio, Psiko, Sosial. dan Spiritual.
- 2) Melaksanakan semua tindakan keperawatan dan pemantauan klien
- 3) Melaksanakan tugas limpahan Tindakan medik sesuai dengan rencana pengelolaan klien
- 4) Dalam keadaan darurat dapat memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kaidah –kaidah Resusitasi Kardiopulmoner Penunjang Hidup Dasar dan Lanjut (*Basic and Advanced Life Support*).
- 5) Melaporkan kepada dokter ICU atau dokter jaga ICU tentang perubahan keadaan klien yang bdirawat.
- 6) Menulis dan mencatat setiap tindakan yang dilakukan di pada status klien.
- 7) Melakukan timbang terima secara menyeluruh pada setiap pergantian tugas.
- 8) Membuat laporan inventaris klien dan tindakan keperawatan setiap hari.
- 9) Ikut menjaga dan bertanggung jawab agar semua peralatan medik maupun non medik di ICU berada dalam kondisi prima dan siap pakai.

- 10) Sebagai anggota tim medik wajib menjaga agar policy, prosedur perawatan dan pengendalian infeksi tetap ditegakan dan dilaksanakan dengan baik.
- 11) Pengaturan jaga di ICU dilakukan oleh penanggung jawab urusan SDM ICU.

2.2 Konsep Keperawatan

2.2.1 Definisi Perawat dan Keperawatan

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang mengaku oleh Pemerintah sesuai dengan Peraturan Perundang Undangan (UU RI Tentang Keperawatan No. 38 Tahun 2014 Pasal 1 Ayat 2). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor 647 / Menkes / SK / IV / 2010 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang telah sesuai dengan Kepmenkes RI Nomor 1239 / SK / XI / 2011, menyatakan bahwa perawat adalah seseorang yang sudah lulus dari pendidikan perawat, baik didalam atau diluar negeri dan sesuai peraturan Perundang-Undangan yang berlaku (Budiono, 2017).

Menurut ICN (*International Council of Nursing, 1965*) dalam buku (Budiono, 2017) menjelaskan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat, serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan keschatan,

mencegah penyakit, dan pelayanan penderita yang sakit. Keperawatan adalah kegiatan mempersembahkan asuhan kepada individu, kelompok, keluarga, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI Tentang Keperawatan No, 38 Tahun 2014 Pasal 1 Ayat 1). Keperawatan merupakan unsur pertama suatu bentuk layanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari kesehatan yang berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan (Budiono, 2017). Layanan keperawatan tersebut berupa pelayanan bio, psiko, sosio, dan spiritual komprehensif yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Lokakarya Keperawatan Nasional, 1983) dalam (Budiono, 2017).

2.2.2 Peran dan Fungsi Perawat

a. Peran Perawat

Peran perawat adalah tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan keadaan dalam sistem yang dapat dibangun oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan (Budiono, 2017). Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989 yang benar dalam (Budiono, 2017) peran perawat adalah sebagai berikut.

1) Pemberi asuhan keperawatan

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.

2) Advokad pasien / klien

Perawat dapat berperan sebagai pelindung pasien dengan menginterpretasikan berbagai informasi lain, terutama dalam pengambilan keputusan atas tindakan keperawatan yang diberikan pasien. Perawat berperan untuk mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien.

3) Pendidik (*educator*)

Perawat dapat membantu klien untuk meningkatkan pengetahuan keschatan, gejala penyakit, dan tindakan keperawatan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4) Koordinator

Perawat dapat menjadi koordinator dengan cara mengatur, merencanakan, serta mengorganisasi pelayanan keschatan dari tim kesehatan sehingga memberikan pelayanan kesehatan dapat terarah, serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5) Kolaborator

Peran kolaborator ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan lainnya yang berusaha mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6) Konsultan

Perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

7) Peneliti

Perawat dapat mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

b. Fungsi Perawat

Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Menurut (Budiono, 2017) perawat memiliki fungsi sebagai berikut.

1) Fungsi Independen

- a) Tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter
- b) Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan

c) Perawat bertanggung jawab terhadap klien atas tindakan yang dilakukan

2) Fungsi Tergantung

a) Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus yang Menjadi dokter dan skema dilakukan dokter, seperti pemasangan infus, memberikan obat, dan melakukan injeksi

b) Oleh karena itu, setiap berwenang kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter.

3) Fungsi Interdependen

a) Tindakan perawat berdasarkan pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim keschatan

2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.3.1 Definisi komunikasi Terapeutik

a. Definisi Komunikasi

Definisi Komunikasi Kata "komunikasi" berasal dari bahasa latin "*Communicare*" yang berarti "berbagi", adalah kegiatan menyampaikan informasi melalui pertukaran pikiran, pesan, atau informasi, dengan berbagai cara seperti berbicara, visual, sinyal, tulisan, atau perilaku melalui dua atau sekelompok orang. Komunikasi adalah setiap tindakan yang dilakukan satu orang yang memberi atau menerima dari orang lain informasi tentang kebutuhan

orang itu, keinginan, persepsi, pengetahuan. Komunikasi mungkin disengaja atau tidak disengaja, mungkin menggunakan media atau tidak, bentuknya berupa verbal dan nonverbal (Afdjani, 2014).

Fokus komunikasi ini adalah kebutuhan pasien. Perawat mempertimbangkan beberapa faktor pada pasien termasuk kondisi fisik, keadaan emosional, latar belakang budaya, kesiapan komunikasi, dan cara berhubungan dengan baik. Komunikasi terapeutik adalah hubungan yang terjadi antara perawat dan pasien yang terapeutik mengubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Dalami, 2019).

2.3.2 Dasar-dasar Komunikasi Terapeutik

Menurut (Kennedy, 2010) untuk menciptakan hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien perlu adanya komunikasi terapeutik. Berikut adalah dasar-dasar komunikasi terapeutik untuk menciptakan hubungan terapeutik.

a. Rasa hormat: Pandangan positif tanpa syarat

Rasa hormat atau pandangan positif tanpa syarat adalah kemampuan perawat untuk menerima kepercayaan atas masalah yang pasien hadapi. Tanggung jawab setiap pasien terhadap kesehatan atau penyakit merupakan berbeda-beda sesuai dengan keadaan pasien tersebut sehingga perawat tidak perlu menghakimi apapun respon tersebut karena pasien memerlukan rasa hormat dan

penerimaan sebagai manusia yang unik. Penerimaan tidak berarti mendukung atau setuju. Sikap ini merupakan sikap tidak menghakimi pasien sebagai manusia yang utuh dengan tujuan membuat pasien merasa nyaman dan melegitimasi perasaannya.

b. Kesungguhan

Merupakan kemampuan perawat untuk menjadi diri sendiri dalam peran profesinya dan sungguh-sungguh. Perawat tidak boleh mengungkapkan ekspresinya pada pasien atau nilai-nilai mereka. Cara lain untuk menunjukkan kesungguhan adalah dengan menunjukkan ketertarikan dan peduli kepada pasien selama asuhan keperawatan harian. Perawat dapat sungguh-sungguh mengekspresikan banyak perasaannya sendiri kepada pasien selama hubungan terapeutik seperti tertawa saat pasien menceritakan gurauan. Menggunakan kepribadiannya sendiri saat berbicara dengan pasien yang akan melayani pengalaman ini bagi dan membawa kebahagiaan di dalam pekerjaan perawat.

c. Empati

Keperawatan sering diartikan sebagai memberi asuhan penuh empati atau kasih sayang kepada pasien. Empati adalah kasih sayang tereduksi atau pemahaman intelektual dari keadaan emosional orang lain. Empati juga dapat diartikan sebagai keinginan perawat untuk memahami apa yang kondusif oleh pasien dari perspektif pasien,

empati memberikan kemampuan untuk benar-benar melihat dunia dari sudut pandang pasien tanpa mengalami sisi emosionalnya. Pemahaman intelektual ini mendukung perawat untuk mengidentifikasi masalah pasien dengan lebih jelas dan melakukan intervensi secara spesifik.

d. Kepercayaan

Terciptanya kepercayaan adalah dasar dari semua hubungan interpersonal dan sangat penting dalam hubungan terapeutik. Pada tingkat fisik, emosional, dan spiritual, kepercayaan sangat penting saat pasien ditempatkan pada kerentanan dalam lokasi asuhan keperawatan. Pasien perlu percaya bahwa perawat jujur, berpengetahuan luas, mampu diandalkan, dan menerima mereka apa adanya sebagai manusia. Kepercayaan merupakan pilihan yang dibuat orang, berdasarkan kebutuhannya untuk mempercayai orang lain. Perawat dapat memfasilitasi proses mengembangkan kepercayaan pada diri pasien dengan perilaku tertentu.

e. Kerahasiaan

Perawat memiliki tanggung jawab moral dan legal untuk tidak membagi informasi pasien dengan orang lain, kecuali pada situasi tertentu. Perawat pembantuan privasi dibagian pemeriksaan fisik sebelum mengetahui informasi sensitif dengan pasien. Memberikan privasi dapat menyediakan ruangan yang kosong atau meminta izin

dari teman sekamar dapat berpindah agar meninggalkan ruangan atau menutup pintu.

2.3.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut (Kennedy, 2010) tujuan komunikasi terapeutik diantaranya :

- a. Komunikasi terapeutik untuk menciptakan realisasi diri pasien, penerimaan diri, penghargaan dan peningkatan kesadaran diri pasien
- b. Memberikan identitas pribadi yang jelas dan peningkatan integritas diri pasien
- c. Memberikan kemampuan untuk membina hubungan pribadi dan saling tergantung kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
- d. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan pasien serta mencapai tujuan personal yang realistik.

Menurut (Lalongkoe, 2013) tujuan komunikasi terapeutik dapat dicapai dengan baik dan perawat memiliki ide sebagai berikut: kesadaran diri, klasifikasi diri, eksplorasi perasaan, kemampuan untuk menjadi model peran, motivasi altruistik, rasa tanggung jawab, dan etik

2.3.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

Dalam pesan yang disampaikan klien perawat dapat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik. Berikut adalah

beberapa teknik komunikasi terapeutik yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundeen, 1987 dikutip oleh (Lalongkoe, 2013) diantaranya :

a. Mendengarkan (*listening*)

Kemampuan perawat untuk mendengarkan dengan baik dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar suasana hati dapat dirasakan klien. Beri kesempatan lebih banyak pada klien untuk bertanya. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif.

b. Pertanyaan terbuka (*Broad opening*)

Merupakan sikap perawat dimana seorang perawat harus memberi kesempatan pada pasien untuk memilih, dan beri dukungan dengan cara mendengar atau mengatakan "saya mengerti".

c. Mengulang (*Resting*)

Merupakan pokok pikiran yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien,

d. Klarifikasi

Apabila seorang perawat merasa ragu, tidak jelas, tidak mendengar, atau klien malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah. Contoh: dapatkah anda menjelaskan kembali tentang.

Gunanya untuk kejelasan dan kelompok ide, perasaan dan persepsi perawat dan klien.

e. Refleksi

1. Refleksi isi, memvalidasi apa yang di dengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat.
2. Refleksi perasaan, memberi tanggapan pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan, agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.

f. Memfokuskan

Saat berkomunikasi dengan pasien perawat membantu klien berbicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting. Menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yang lebih spesifik, lebih spesifik dan berfokus pada kenyataan.

g. Membagi Persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi.

h. Identifikasi "tema"

Latar belakang masalah yang melayani klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk mengembangkan pemahaman dan mengeksplorasi masalah yang penting saja.

i. Diam (*silence*)

Merupakan cara yang sulit dilakukan, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya memberi kesempatan untuk berpikir dan memotivasi klien untuk bicara. Pada klien yang menarik diri, teknik diam berarti perawat menerima klien.

j. Informasi

Perawat diharapkan mampu memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan.

k. Saran

Apabila terdapat masalah pasien, perawat dapat memberi alternatif ide untuk mengelola masalah. Tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan. Perawat perlu menganalisis teknik yang tepat pada setiap komunikasi dengan klien. Melalui komunikasi verbal dapat disampaikan informasi yang akurat, namun aspek emosi dan perasaan tidak dapat dilayani melalui verbal.

2.3.5 Komponen Komunikasi Terapeutik

Menurut (Lalongkoe, 2013) mengatakan seorang perawat harus memiliki fakta agar dapat memfasilitasi timbulnya hubungan terapeutik. Istilah tersebut adalah:

a. Kejujuran (*trust*)

Kejujuran merupakan hal yang sangat penting agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran tidak dapat membina hubungan saling percaya. Pasien akan terbuka dan jujur dalam penyampaian informasi jika yakin bahwa perawat bisa tidak percaya.

b. Tidak aman dan nyaman

Saat komunikasi yang tepat, perawat menggunakan kata-kata yang mudah digunakan oleh pasien. Misalnya perawat menggunakan bahasa sehari-hari pasien, namun tetap sopan dan lembut. Selain itu, komunikasi nonverbal harus mendukung komunikasi verbal yang disampaikan.

c. Bersikap positif

Bersikap positif yang dimaksud yaitu perawat menunjukkan sikap hangat, penuh perhatian, penghargaan terhadap pasien. Inti dari komunikasi terapeutik adalah kehangatan, ketulusan, pemahaman yang empati dan sikap positif.

d. Empati bukan simpati

Sikap empati sangat dibutuhkan dalam asuhan keperawatan, karena sikap ini perawat akan mampu merasakan dan mempelajari masalah pasien seperti yang dirasakan dan dirasakan oleh pasien.

Empati dapat memberikan alternatif pelayanan masaah bagi pasien meskipun din turut merasakan perasaan pasten tetapi di atidak larut dalam masiah tersebut sehingga perawat dapat menilai. masalah yang melayani pasien secara obyektif.

e. Mampu melihat permasalahan pasien dari kacamata pasien

Perawat harus berorientasi pada pasien saat memberikan asuhan keperawatan, agar perawat dapat membantu permasalahan pasien perawat harus memandang dari sudut pandang pasien.

f. Menerima pasien apa adanya

Sesorang akan merasa nyaman dan aman dalam menjalin hubungan keintiman terapeutik, jika diterima dengan tulus.

g. Sensitif terhadap perasaan orang lain

Tanpa kemampuan ini hubungan yang terapeutik sulit terjalin dengan baik karena jika tidak ada perawat yang sensitif dapat melakukan pencegahan batas privasi, dan menyinggung perasaan pasien.

h. Tidak mudah oleh oleh masa lalu pasien maupun perawat sendiri

Sescorang yang selalu menyesali tentang apa yang telah terjadi di masa lalunya tidak ada akari mampu yang terjadi hari ini. Sangat sulit bagi perawat untuk membantu pasien jika ia sendiri memiliki segudang masalah dan ketidakpuasan dalam hidupnya.

2.3.6 Fase Komunikasi Terapeutik

Menurut (Lalongkoe, 2013) komunikasi terapeutik mempunyai beberapa tahap yang harus dilakukan oleh perawat agar tercipta hubungan terapeutik yang baik. Berikut adalah fase-fase komunikasi terapeutik tersebut.

a. Fase Pra-interaksi

Fase pra-interaksi adalah tahap awal komunikasi terapeutik dimulai dari masa sebelum memulai hubungan dengan pasien sampai membuat rencana tertulis yang akan diimplementasikan ketika bertemu dengan pasien. Tenaga kesehatan mengumpulkan data tentang pasien, mengekspresikan perasaan, fantasi, dan ketakutan diri pasien dan membuat rencana pertemuan dengan pasien.

b. Fase Orientasi

Fase orientasi dimulai saat pertama kali bertemu dengan pasien yang biasanya digunakan untuk berkenalan dengan pasien dan merupakan langkah awal untuk membina hubungan saling percaya pada pasien.

c. Fase Kerja

Fase kerja dalam tahapan inti dari komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama pasien mengatasi masalah yang berada pada pasien. Perawat dan pasien dieksplorasi stresor dan

mendorong perkembangan kesadaran diri dengan persepsi, perasaan, dan perilaku pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan.

d. Fase Terminasi

Fase terminasi bisa disebut fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terbina dan berada pada tingkat optimal. Terminasi terjadi pada saat perawat dapat menghentikan tugas pada unit tertentu atau saat pasien akan pulang. Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat, yang dibagi menjadi dua yaitu: Terminasi sementara, artinya masih ada pertemuan lanjutan, Terminasi akhir, yaitu menyelesaikan interaksi komunikasi yang telah dilakukan (evaluasi evaluasi), melakukan evaluasi dengan menanyakan perasaan klien setelah, menyepakati tindak lanjut atau *discharge planning*.

2.3.7 Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Komunikasi Terapeutik dapat terhambat karena adanya beberapa faktor. Berikut adalah faktor-faktor yang dapat menghambat komunikasi terapeutik (Lalongkoe, 2013) :

- a. Kecakapan yang kurang dalam komunikasi
- b. Sikap yang kurang tepat
- c. Kurang pengetahuan

- d. Kurang sistem pemahaman sosial
- e. Prasangka yang tidak beralasan
- f. Jarak fisik, komunikasi menjadi kurang lancar bila jarak komunikator dengan responden yang berjauhan
- g. Tidak ada persamaan persepsi
- h. Indera yang rusak
- i. Berbicara yang berlebihan
- j. Mendominasi pembicaraan

2.3.8 Menentukan Pengukuran Komunikasi

Intrumen pengukuran komunikasi terapeutik perawatan dilakukan menggunakan lembar observasi yang diukur dengari menggunakan skala nominal yang terdiri dari dua pernyataan yaitu, dilakukan dan tidak dilakukan. Skala nominal merupakan skala yang paling sederhana disusun menurut jenis (kategorinya) atau fungsi bilangan hanya sebagai simbol untuk membedakan sebuah simbol dengan karakter lainnya (Riduwan, 2013).

Skala Guttman dapat digunakan untuk mengukur komunikasi terapeutik perawat. Skala Guttman merupakan skala kumulatif yang bisa disebut juga skala skalogram yang sangat baik untuk meyakinkan peneliti tentang kesatuan dimensi dari sikap atau sifat yang diteliti. Skala Guttman artinya skala yang digunakan untuk jawaban yang

bersifat jelas (tegas) dan konsisten. Misalnya: yakin-tidak yakin, benar-salah, ya-tidak, dan lain sebagainya. Analisis skala Guttman dilakukan seperti analisis pada skala Likert (Riduwan, 2013).

Berikut cara perhitungan skala Guttman menurut (Riduwan, 2013) yang telah tak terkalahkan dengan lembar observasi dengan menggunakan rumus MT.

Keterangan lembar observasi:

Dilakukan = 1

Tidak dilakukan = 0

Untuk melihat mean T (MT) sebagai berikut:

$$MT = \left(\frac{\sum T}{n} \right)$$

Keterangan:

MT : Mean T

$\sum T$: Jumlah rata-rata

N : Jumlah responden

Untuk melihat sikap responden dengan menggunakan skor T (Azwar, 2011).

$$\text{Rumus skor T} = 50 + 10 \left(\frac{x - \bar{x}}{s} \right)$$

Keterangan:

X_i : Skor responden

X : Nilai rata-rata kelompok

SD : Standart deviasi (simpangan baku kelompok)

Untuk menentukan skor akhir MT setiap daftar cek ditotal poin yang di dapat kemudian dimasukkan kedalam rumus tersebut yang sebelumnya telah dicari nilai rata-rata kelompok dan standart deviasinya menggunakan aplikasi SPSS atau Microsof Excel. Apabila hasil dari setiap daftar cek telah dihitung menggunakan rumus tersebut dan mendapat hasil > 50 maka dapat dikatakan hasil kuesioner tersebut mendukung yang artinya komunikasi terapeutik baik. Sedangkan kriteria hasil akhirnya < 50 maka dapat dikatakan hasil kuesioner tersebut tidak mendukung yang artinya komunikasi terapeutik tidak baik (Azwar, 2011). Sehingga mengambil keputusan katagori untuk setiap responden adalah sebagai berikut.

> 50 = Komunikasi terapeutik baik

≤ 50 = Komunikasi terapeutik tidak baik

2.4 Konsep Kecemasan Keluarga

2.4.1 Pengertian Kecemasan Keluarga

Ansietas atau kecemasan adalah perasaan tidak tenang yang samar karena ketidaknyamanan atau konsep yang dilengkapi ketidakpastian, ketidak berdayaan, isolasi, dan ketidaknyamanan. Kecemasan suatu perasaan yang subjektif mengenai mental yang menyebabkan kegelisahan sebagai reaksi dari kemampuan mengatasi sesuatu masalah atau tidak ada rasa aman (Stuart, 2013). Kecemasan merupakan keadaan dimana seseorang mengalami perasaan gelisah dan aktivitas sistem saraf otonom dalam merespon ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik. Banyak hal yang dapat menjadi sumber menjadi sumber mahasiswa antara lain pembuatan bermacam tugas, laporan dan makalah harus di kerjakan mahasiswaerta ujian sebagai evaluasi di lakukan rutin (Kusumawardani, 2015).

Keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari kepala keluarga dan anggotanya dalam ikatan nikah ataupun nasab yang hidup dalam satu tempat tinggal, memiliki aturan yang ditaati secara bersama dan mampu mempengaruhi antar anggotanya serta memiliki tujuan dan progam yang jelas. Keluarga ini terdiri atas ayah, ibu, anak, saudara dan kerabat lainnya. Keluarga batih biasanya terdiri dari seorang ayah, ibu dan anak Keluarga ini bisa dikatakan keluarga kecil (Kusumawardani, 2015).

Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kecemasan keluarga pasien merupakan kecemasan yang timbul pada keluarga pasien yang salah satu anggota keluarganya dirawat di rumah sakit. Kecemasan tersebut timbul karena perubahan peran, gangguan rutinitas, dan lingkungan rumah sakit yang asing (Kusumawardani, 2015).

2.4.2 Tanda dan Gejala Kecemasan Keluarga Pasien

Tanda dan gejala kecemasan keluarga yang ditunjukkan atau dikemukakan oleh seseorang bervariasi yaitu: perilaku keluarga yang sering bertanya tentang kondisi anggota keluarganya, bertanya dengan pertanyaan diulang-ulang, berkunjung diluar jam kunjung, dan keluarga takut kehilangan (Donsu, 2017).

Menurut (Donsu, 2017) tanda dan gejalanya adalah :

a. Secara fisik

Respon fisik saat terjadi kecemasan dapat ditandai dengan nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah, tremor, berkeringat, sulit tidur, dan sakit kepala.

b. Secara kognitif

Tanda kecemasan secara kognitif dapat dilihat saat mempresepsikan sesuatu cenderung menyempit, penderita tidak bisa menerima rangsangan dari luar. Penderita lebih fokus pada apa yang diperhatikannya. Prilaku dapat dilihat dari gerakan tubuhnya. Misalnya gerakanya tersentak – sentak, cara bicara berlebihan dan

cepat. Penderita kelihatan normal tetapi memiliki perasaan tidak aman. Respon emosi juga mengalami gangguan, merasa menyesal, iritabel, kesedihan mendalam, takut, gugup, suka cita berlebihan, ketidak berdayaan meningkat secara menetap, ketidakpastian, kekhawatiran meningkat, fokus pada diri sendiri, perasaan tidak kuat, ketakutan, distress, khawatir, prihatin.

2.4.3 Tingkat Kecemasan

Menurut (Donsu, 2017) tingkat kecemasan dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu:

a. Kecemasan ringan (*Mild Anxiety*).

Berhubungan dengan memantau kehidupan sehari-hari penyebabnya seseorang menjadi lebih waspada, sehingga persepsinya meluas dan memiliki indra yang tajam. Kecemasan ringan masih memotivasi individu untuk belajar dan memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

1) Respon fisiologis

- a) Sesekali nafis pendek
- b) Nadi dan tekanan darah naik
- c) Gejala ringan pada lambung
- d) Muka berkerut bibir bergetar

2) Respons kognitif

- a) Lapangan persegi luas
- b) Mampumenerima rangsangan yang kompleks
- c) Konsentrasi pada masalah
- d) Menyelesaikan masalah secara efektif

3) Respon perilaku emosi

- a) Tidak dapat duduk tenang
- b) Gemetar halus pada tangan
- c) Kadang-kadang-kudang meninggi

b. Kecemasan sedang (*Moderate Anxiety*)

Memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting mengesampingkan yang lain. Perhatian seseorang menjadi selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah lewat arahan dari yang lain.

1) Respon fisiologis

- a.) Sering nafas pendek
- b.) Nadi ekstra systole dan tekanan darah naik
- c.) Mulut kering
- d.) Anorexia
- e.) Diare atau konstipasi
- f) Gelisah

2) Respon kognitif

- a) Lapang persepsi menyempit
- b) Rangsang luar tidak mampu diterima
- c) Berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya

3) Respon perilaku emosi

- a) Gerak tersentak-setntuk (meremas tangan)
- b) Bicara banyak dan lebih cepat
- c) Perasaan tidak nyaman

c. Kecemasan berat (*Severe Anxiety*)

Kecemasan berat ketakutan lewat sempitnya persepsi seorang itu, memiliki perhatian terpusat pada hal yang spesifik dan tidak berfikir tentang hal-hal lain, dimana semua perilaku layanan untuk mengurangi layanan.

1) Respon fisiologi

- a) Sering nafas pendek
- b) Nadi dan tekanan darah naik
- c) Berkeringat dan sakit kepala
- d) Penglihatan kabur

2) Respon kognitif

- a) Lapang persepsi sangat menyempit
- b) Tidak mampu menyelesaikan masalah

3) Respon perilaku dan emosi

- a) Perasaan ancaman
- b) Vertabilitas cepat
- c) Pemblokiran

2.4.4 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam (Ellias, 2013) dibagi sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Teori Smith (1968:51) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan – tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (Ellias, 2013).

b. Umur

Menurut ellias (Ellias, 2013) gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia , lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita , biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

c. Tingkat pendidikan

Menurut (Yusuf, 2001) dalam (Ellias, 2013) semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan mereka dapat berfikir secara rasional dan menahan emosi dengan baik.

d. Pengalaman menunggu.

Menurut Kaplan dan Sadock (1997) dalam (Ellias, 2013) keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan

berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat dirumah sakit , hal itu karena sudah terbentuk coping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik , untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut.

e. Kondisi medis atau penyakit.

Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidenya gangguan bervariasi untuk masingmasing kondisi medis.Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien.Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien (Ellias, 2013).

f. Akses informasi

Pemberian informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien tetapi juga dalam mengatasi kecemasan itu sendiri.Akses informasi dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat mengatasi kecemasan kearah adaptif sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga (Ellias, 2013).

g. Komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan . komunikasi yang terjalin baik akan menimbulkan kepercayaan sehingga terjadi hubungan yang lebih

hangat dan mendalam. Kehangatan suatu hubungan akan mendorong pengungkapan beban perasaan dan pikiran yang dirasakan selama hospitalisasi (Ellias, 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman dan asing akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien. Kebijakan dalam ruangan serta suasana personal ruangan itu sendiri dapat menjadi penyebab terjadinya krisis bagi klien dan keluarga pasien, sehingga diperlukan adaptasi dengan cara yang berbeda dengan hasil proses adaptasi yang mereka alami sebelumnya (Ellias, 2013).

i. Fasilitas kesehatan

Alat-alat yang canggih dan rumit akan mempengaruhi kecemasan, dikarenakan alat-alat tersebut asing bagi keluarga karena mereka beranggapan bahwa keluarga yang sakit serius bahkan mungkin sekarat, hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kondisi penyakit yang diderita oleh pasien. Sehingga peran perawat sebagai pendidik memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada keluarga (Ellias, 2013).

2.4.5 Indikator Kecemasan

Menurut (Conley, 2006) di kutip dalam (Ellias, 2013) berpendapat bahwa terdapat keluhan dan gejala umum dalam kecemasan dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis yaitu:

1. Gejala somatik terdiri dari :
 - a. Keringat berlebih.
 - b. Ketegangan pada otot skelet yaitu seperti : sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung.
 - c. Sindrom hiperventilasi yaitu seperti : sesak nafas, pusing, parestesi.
 - d. Gangguan fungsi gastrointestinal yaitu seperti tidak nafsu makan, mual, diare, dan konstipasi.
 - e. Inistabilitas kardiovaskuler seperti hipertensi
2. Gejala psikologis terdiri dari beberapa macam:
 - a. Gangguan mood seperti : sensitif, cepat marah, dan mudah sedih,
 - b. Kesulitan tidur seperti : insomnia, dan mimpi buruk.
 - d. Kehilangan motivasi dan minat.
 - e. Perasaan-perasaan yang tidak nyata
 - f. Sangat sensitif terhadap suara seperti merasa tak tahan terhadap suara- suara yang sebelumnya biasa saja
 - g. Berpikiran kosong seperti : Tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa
 - h. Kikuk, canggung, koordinasi buruk:
 - i. Tidak bisa membuat keputusan seperti tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil
 - j. Gelisah resah, tidak bisa diam

- k. Kehilangan kepercayaan diri
- l. Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- m. Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- n. Terus-menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

2.4.6 Pengukuran Kecemasan

Ada berbagai cara mengukur tingkat-tingkat, diantaranya adalah:

a. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur yang disebut HARS (*hamilton Anxiety Rating Scale*), merupakan pengukuran yang didasarkan pada individu yang mengalami kritik. Menurut kuesioner HARS terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami laporan. Setiap item yang diobservasi diberi tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (parah) (Nurrsalam, 2017).

Skala HARS merupakan kuesioner skala yang terdiri dari 14 pernyataan yaitu tentang suasana hati, ketakutan, ketakutan, insomnia, konsentrasi, depresi, tonus otot, sensori somatik, gejala kardiovaskuler, gejala sistem respirasi, gejala sistem gastrointestinal, gejala sistem genitourinaria gejala otonom dan perilaku. Masing-masing gejala yang ditampilkan antara (0-4 yang artinya:

Nilai 0: tidak ada gejala yang muncul

Nilai 1: gejala ringan (hanya 1 gejala yang muncul)

Nilai 2: gejala sedang (gejala gejala yang muncul)

Nilai 3: gejala berat (lebih dari gejala yang muncul)

Nilai 4: gejala panik (gejala gejala muncul)

Menurut (Lestari, 2015) masing-masing nilai terdiri dari 14 kelompok gejala tersebut dijumlahkan sehingga dari penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat seseorang, yaitu :

- 1) (<14): Tidak ada jumlah
- 2) (14-20): Kecemasan ringan
- 3) (21-27): Kecemasan sedang
- 4) (28-41): Kecemasan berat
- 5) (42-56): Kecemasan berat sekali panik

b. *Depression Anxiety Stress Scale* DASS

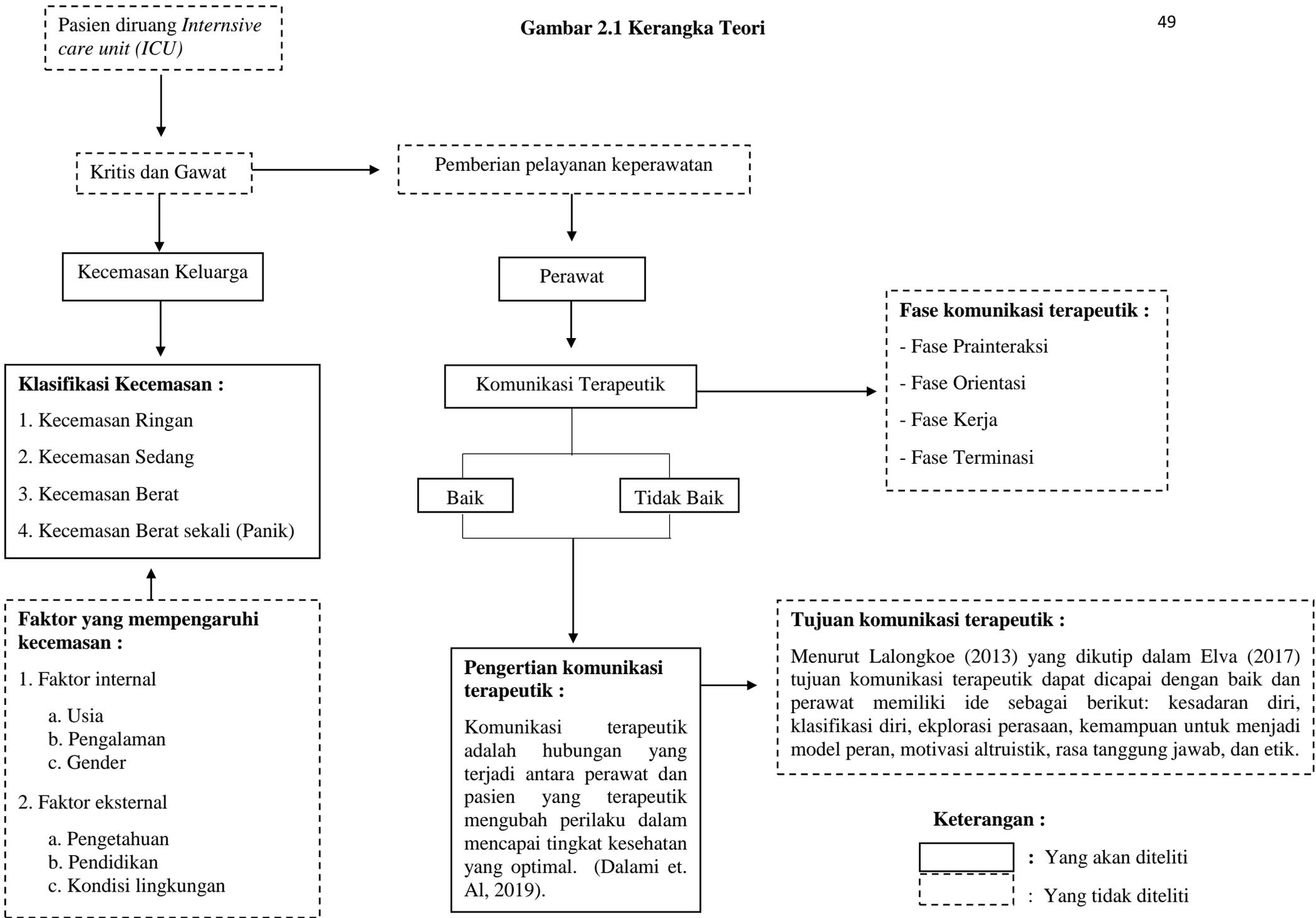
DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*) merupakan alat ukur untuk mengetahui jarak mana pasien: DASS mempunyai 42 aspek laporan, dengan keterangan 0- tidak pernah, 1 = sesuai yang memantau tingkat tertentu atau kadang-kadang, 2 = sering dan 3 sangat sesuai dengan yang melayani atau hampir setiap saat (Nursaalam, 2011).

Dari 42 aspek, terdapat 3 skala diantaranya skala depresi pada aspek penilaian (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42), aspek skala kecemasan (4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41) dan aspek skala stres (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39) (Nursaalam, 2011).

Tabel 2.1 Tingkat penilaian dan stres:

Tingkat	Depresi	Kecemasan	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18

Gambar 2.1 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Strategi Pencarian Literature Review

3.1.1 Protokol dan Registrasi

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang *Intensive care unit*. Protokol dan evaluasi dari *literature review* ini akan menggunakan penyeleksian studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review* (Nursalamm, 2020) .

3.1.2 Database Pencarian

Data yang digunakan pada penelitian *Literature Review* ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengalaman langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal berputasi baik nasional maupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan (Nursalamm, 2020). Sumber data seluler yang didapat berupa jurnal atau artikel yang relevan dengan topik dilakukan menggunakan database *Proquest, Scient Direct, Portal Garuda dan Google Scholar*.

3.1.3 Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* berbasis *Boolean operator* (AND, OR, NOT) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MSH) dan terdiri sebagai berikut :

Keywords : “Komunikasi terapeutik *OR* *therapeutic communication*” *AND* “Kecemasan keluarga *OR* *Family Anxiety*” *AND* “*Intensive care unit OR Intensive care unit*”.

Tabel 3.1 Kata Kunci *Literature Review*

Komunikasi terapeutik	Kecemasan	<i>Intensive Care Unit</i>
OR	OR	OR
<i>Therapeutic communication</i>	<i>Family Anxiety</i>	<i>Intensive Care Unit</i>

3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan *PICOS framework*, yang terdiri dari :

- a. *Population/Problem* yaitu masalah yang akan dianalisis sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*
- b. *Intervention* yaitu suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan atau masyarakat serta pemaparan tentang penatalaksanaan studi sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*
- c. *Comparison* yaitu intervensi atau penatalaksanaan lain yang digunakan sebagai pembandingan, jika tidak ada bisa menggunakan kelompok kontrol dalam studi yang terpilih
- d. *Outcome* yaitu hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang sesuai dengan tema yang sudah ditentukan dalam *literature review*
- e. *Study Design* yaitu desain penelitian yang digunakan dalam artikel yang akan di *review*.

Tabel 3.2 PICOS Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population/ Problem</i>	Jurnal nasional dan internasional yang berhubungan dengan topik penelitian yaitu : hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang <i>Intensive care unit</i> .	Jurnal nasional dan internasional berhubungan dengan teori lain yang tidak sesuai dengan topik.
<i>Intervention</i>	Tidak ada intervensi	Menggunakan intervensi
<i>Comparison</i>	Hasil penelitian yang menjelaskan bahwa ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang <i>Intensive care unit</i>	Hasil penelitian yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang <i>Intensive care unit</i>
<i>Outcome</i>	Studi yang menjelaskan bahwa hasil dari adanya hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang <i>Intensive care unit</i> .	Tidak menjelaskan adanya hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang <i>Intensive care unit</i> .
<i>Study Design</i>	Analitik kuantitatif, analitik observasional, korelasi cross-sectional	Eksklusi eksperimen
<i>Publication years</i>	2016 - 2020	Sebelum 2016
<i>Languange</i>	Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris	Selain bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris

3.2.1 Seleksi Studi dan Penilaian Akhir

Analisis kualitas metodologi dalam setiap studi ($n = 6$) dengan *Checklist* daftar penilaian dengan beberapa pertanyaan untuk menilai kualitas dari studi. Penilaian kriteria diberi nilai 'ya', 'tidak', 'tidak jelas' atau 'tidak berlaku' dan setiap kriteria dengan skor 'ya' diberi satu point dan nilai lainnya adalah nol, setiap skor studi kemudian dihitung dan dijumlahkan. *Critical appraisal* dengan nilai titik *cut-of* yang telah disepakati oleh peneliti, studi dimasukkan ke dalam kriteria inklusi. Peneliti mengecualikan studi yang berkualitas rendah untuk menghindari bias dalam validitas hasil dan rekomendasi ulasan. Dalam skrining terakhir, 6 studi mencapai skor lebih tinggi dari 50% dan siap untuk melakukan sintesis.

Risiko bias dalam *literature review* ini menggunakan *asesmen* pada metode penelitian masing-masing studi, yang terdiri dari (Nursalamm, 2020).

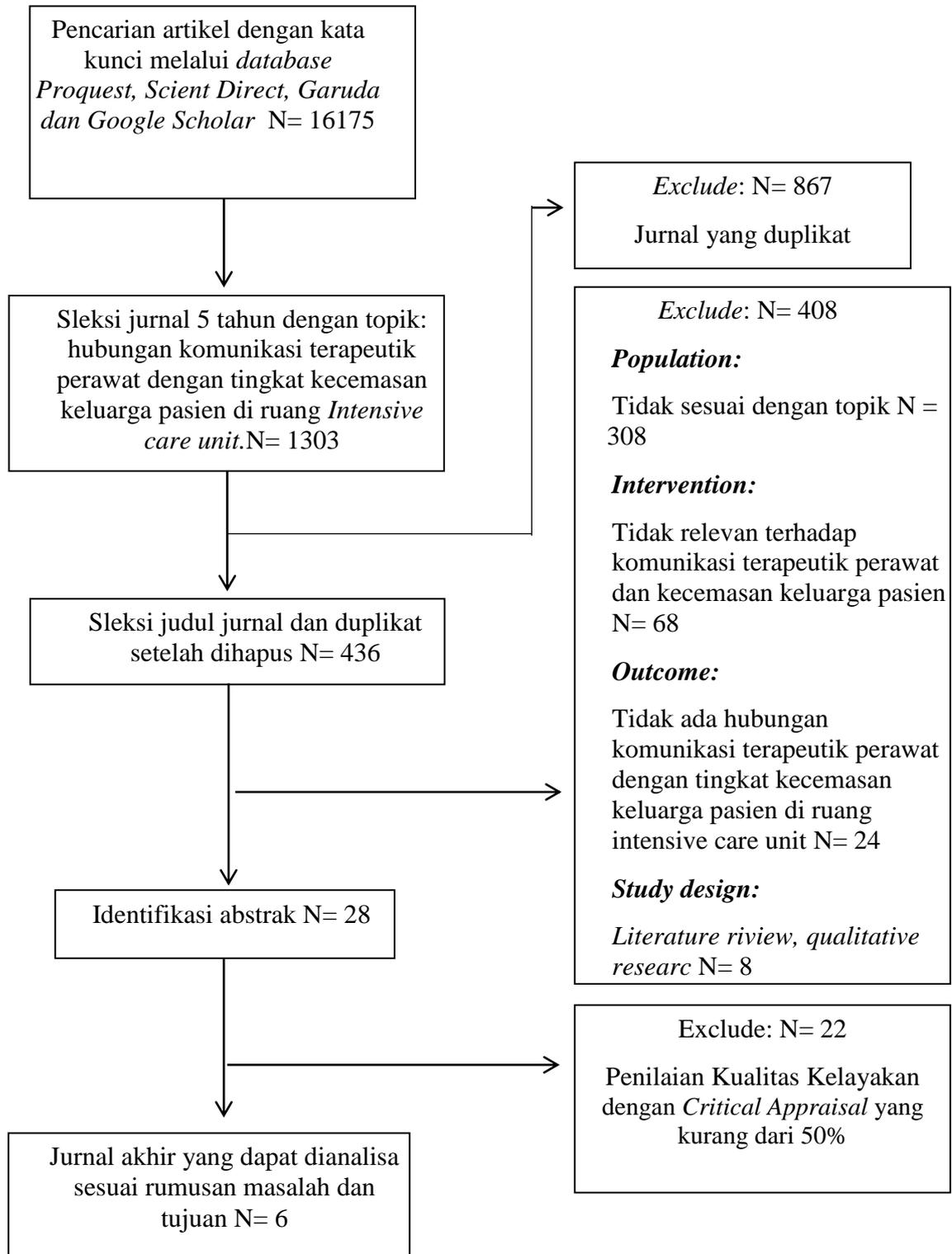
- 1) Teori: Teori yang tidak sesuai, sudah kedaluarsa, dan kredibilitas yang kurang.
- 2) Desain: Desain kurang sesuai dengan tujuan penelitian.
- 3) Sample: ada empat hal yang harus diperhatikan yaitu populasi, sampel, sampling, dan besar sampel yang tidak sesuai dengan kaidah pengambilan sampel.
- 4) Variabel: Variabel yang ditetapkan kurang sesuai dari segi jumlah, pengontrolan variable perancu, dan variable lainnya.

- 5) Instrument: Instrumen yang digunakan tidak memiliki sensitivitas, spesivikasi dan validas-reabilitas.
- 6) Analisis Data: Analisis data tidak sesuai dengan kaidah analisis yang sesuai dengan standar.

3.2.2 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian *literature* melalui publikasi di empat *database* dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan 1303 artikel yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi, ditemukan terdapat 867 artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 436 artikel. Diskrining kembali sesuai dengan PICOS mendapatkan 28 artikel, kemudian dilakukan penilaian *critical appraisal* memenuhi kriteria diatas 50% dan disesuaikan dengan tema *literature review* mendapatkan 6 artikel. *Assessment* yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan sebanyak 6 artikel yang bisa dipergunakan dalam *literature review*. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Alur.

Gambar 3.1 Diagram Alur



BAB IV

HASIL DAN ANALISIS

4.1 Karakteristik Studi

Hasil penelusuran jurnal dan artikel pada penelitian berdasarkan topik *literature review* ini “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit*”, didapatkan 6 jurnal penelitian dimana seluruhnya berjenis kuantitatif dengan desain penelitian adalah menggunakan statistik deskriptif dengan pendekatan studi *cross-sectional*. Setiap penelitian membahas tentang komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien. Kualitas artikel dinilai menggunakan JBI *critical appraisal*. Artikel jurnal yang digunakan pada *literature review* ini berada pada rentang tahun 2016-2020 dan pencarian ini menggunakan 4 database yaitu Scient Direct, Portal Garuda dan Google Scholar, dimana studi dari jurnal internasional terdapat 2 artikel dan studi dari jurnal nasional terdapat 4 artikel.

Tabel 4.1 Hasil Temuan Artikel

No	Penulis dan Tahun Terbit	Judul	Desain penelitian, sampel, variable, instrument, analisis	Hasil	Kesimpulan	Sumber
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna, (2016)	The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia	Desain : Cross-sectional Sampel : Accidental sampling Variabel : Komunikasi terapeutik; Kecemasan keluarga, pasien, Intensive care unit Instrumen : State Trait Anxiety Inventory Y-1 Analisis : Spearman's Rho.	Hasil penelitian menggunakan Spearman's Rho menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan anggota keluarga dengan komunikasi yang dilakukan perawat di IGD dengan nilai $p < 0,000$ ($p < 0,01$).	Kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang gawat darurat dr. RSUD Dradjat Prawiranegara, Serang Banten, Indonesia.	Proquest
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	Correlation Between Nurse Therapeutic Communication and Anxiety Levels of Patients' Families in the ICU of X Regional General Hospital, Sukabumi	Desain : Correlation study Sampel : Accidental sampling Variabel : Komunikasi terapeutik; Kecemasan keluarga,	Hasil uji statistik Somers'D diperoleh P-value = 0, hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga	Kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU Regional X Umum RSUD Sukabumi.	Scient Direct

			Intensive care unit Instrumen : ZungSelf Rating Anxiety Scale Analisis : Somers'D	pasien di ICU Sekarwangi Regional General. RSUD Kabupaten Sukabumi.		
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	Hubungan antara komunikasi terapeutik dengan Tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensive Care unit	Desain : Cross sectional Sampel : Teknik Quota sampling Variabel : Komunikasi terapeutik; Kecemasan keluarga, Intensive care unit Instrumen : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Analisis : Uji Rank Spearman Correlation test dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0.05$.	Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji <i>Rank Spearman Correlation test</i> didapatkan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05).	Kesimpulan bahwa H1 ditolak dan H0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang ICU RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013.	Portal Garuda
4	Rizka Himawan, Dewi hartinah, (2016)	Hubungan komunikasi terapeutik verbal dan non verbal perawat	Desain : Correlation study Sampel : Consecutive sampling	Hasil analisis chi-square didapatkan p value < 0,023 maka dikatakan ada hubungan antara	Kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat	Google Scholar

		dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di instalasi perawatan intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus	Variabel : Komunikasi verbal dan nonverbal; Kecemasan keluarga, Intensive care uni Instrumen : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Analisis : Menggunakan rumus chi-square	kedua variabel yang diteliti.	kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Sulu Kota Sorong.	
5	Maria Loihala, (2016)	Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan Tingkat kecemasan keluarga pasien yang Dirawat di ruangan hcu rsu sele be solu Kota sorong	Desain : Correlation study Sampel : Accidental sampling Variabel : Komunikasi terapeutaetik; Kecemasan keluarga, Intensive care unit Instrumen : Kuesioner Analisis : Chi Square	Hasil Penelitian $p\text{-value}=0.001 \leq \alpha=0.05$ maka H_0 ditolak, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutaetik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Sulu Kota Sorong.	Kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Instalasi Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus.	Google Scholar

6	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	Komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan Keluarga pasien di <i>intensive care unit</i> (icu) Rs adi husada kapasari surabaya	<p>Desain : Cross sectional</p> <p>Sampel : Seluruh keluarga pasien yang berada diruang tunggu ICU RS ADI HUSADA KAPASARI.</p> <p>Variabel : Komunikasi terapeutik; Kecemasan keluarga, Intensive care unit</p> <p>Instrumen : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)</p> <p>Analisis : Uji statistic kolerasi spearman rank</p>	hasil uji statistic kolerasi spearman rank diperoleh nilai signifikasi < 0,028 dengan p < 0,05. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan penurunan tingkat kecemasan keluarga di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya	Kesimpulan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Intensive Care Unit (ICU) RS Adi Husada Kapasari Surabaya.	Google Scholar
---	---	--	---	--	--	----------------

4.2 Karakteristik Responden Studi

4.2.1 Usia

Karakteristik responden berdasarkan usia dari keenam artikel ditemukan 5 artikel dengan karakteristik responden yang didapat yakni :

Tabel 4.2.1 Karakteristik Responden Usia

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan Karakteristik Responden Usia
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna, (2016)	a. <20 tahun dengan jumlah 10 responden (21,3%), b. >20 tahun dengan jumlah 37 responden (78,7%).
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	a. 18-30 tahun sebanyak 8 responden (23,53%), b. 31-40 tahun sebanyak 15 responden (44,12%), c. 41-50 tahun sebanyak 5 responden (14,7%), d. >50 tahun sebanyak 6 responden (17,65%).
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. 20-30 tahun sebanyak 6 responden (20%), b. 31-40 tahun sebanyak 8 responden

		(27%), c. 41-50 tahun sebanyak 9 responden (30%), d. 51-60 tahun sebanyak 7 responden (23%).
4	Maria Loihala, (2016)	a. <25 tahun sebanyak 3 responden (10%), b. 25-30 tahun sebanyak 8 responden (26,7%), c. >30 tahun sebanyak 19 responden (63,3%).
5	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. 18-25 tahun sebanyak 7 responden (47%), b. 25-65 tahun sebanyak 6 responden (40%), c. >65 tahun sebanyak 2 responden (13%).

Hasil analisis peneliti dari keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan usia dengan rentan usia antara 18-65 tahun, dan rata-rata responden dalam penelitian antara 20-50 tahun.

4.2.2 Jenis Kelamin

Karakteristik responden berdasarkan Jenis Kelamin dari keenam artikel ditemukan 5 artikel dengan karakteristik responden yang didapat yakni :

Tabel 4.2.2 Karakteristik Responden Jenis Kelamin

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan Karakteristik Responden Jenis Kelamin
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna, (2016)	a. 13 responden laki-laki, b. 34 responden perempuan.
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	a. 18 responden laki-laki, b. 16 responden perempuan.
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. 11 responden laki-laki (37%), b. 19 responden perempuan (63%.)
4	Maria Loihala, (2016)	a. 8 responden laki-laki, b. 22 responden perempuan.
5	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. 5 responden laki-laki, b. 10 responden perempuan.

Hasil analisis peneliti dari keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan jenis kelamin jumlahnya lebih banyak responden perempuan dibandingkan dengan responden laki-laki.

4.2.3 Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dari keenam artikel ditemukan 2 artikel dengan karakteristik responden yang didapat yakni :

Tabel 4.2.3 Karakteristik Responden Pekerjaan

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan Karakteristik Responden Pekerjaan
1	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. 7 responden yang tidak bekerja (23%), b. 13 responden wiraswasta (44%), c. 9 responden PNS (23%), d. 13 responden wiraswasta (44%), e. 9 responden PNS (30%). f. 1 responden pensiunan (3%).
2	Maria Loihala, (2016)	a. 16 responden (53,3%) yang bekerja b. 14 responden (46,7%) tidak bekerja

Hasil analisis peneliti dari keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan pekerjaan yaitu jumlahnya lebih banyak responden yang bekerja daripada yang tidak bekerja.

4.2.4 Pendidikan

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan dari keenam artikel ditemukan 3 artikel dengan karakteristik responden yang didapat yakni :

Tabel 4.2.4 Karakteristik Responden Pendidikan

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan Karakteristik Responden Jenis Kelamin
1	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. Tidak tamat SD 3 responden (10%), b. SD 4 responden (13%), c. SMP 7 responden (23%), d. SMA 8 responden (27%), e. PN 8 responden (27%)
2	Maria Loihala, (2016)	a. SD 1 responden (3.3%), b. SMP 0 responden (0%), c. SMA/SMK 20 responden (66,7%), d. D.III 6 responden (20%), e. S1 3 responden (10%).
3	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. SD 5 responden (33%), b. SMP 6 responden (40%), c. SMA 4 responden (27%).

Hasil analisis peneliti dari keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan pendidikan jumlahnya lebih banyak yang memiliki Pendidikan dari pada yang tidak memiliki Pendidikan.

4.2.5 Kondisi Pasien

Karakteristik responden berdasarkan kondisi pasien dari keenam artikel ditemukan 1 artikel dengan karakteristik responden yang didapat yakni :

Tabel 4.2.5 Karakteristik Responden Kondisi Pasien

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan Karakteristik Responden Pekerjaan
1	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. 5 responden (17%) Compos Mentis b. 3 responden (10%) Somnolen c. 5 responden (17%) Stupor d. 8 responden (26%) Semi koma e. 9 responden (30%) Koma

4.3 Menjelaskan komunikasi terapeutik perawat pada keluarga pasien di ruang Intensive care unit berdasarkan berbagai jurnal

Hasil review dari 6 artikel yang diambil ditemukan komunikasi terapeutik perawat pada responden dapat dilihat di tabel berikut :

Tabel 4.3 Komunikasi Terapeutik Perawat

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna,	a. 85,1% perawat melakukan kontak mata, b. 72,3% perawat bersikap terbuka dalam

	(2016)	<p>komunikasi,</p> <p>c. 66,0% perawat memberikan informed consent,</p> <p>d. 80,9% perawat tidak menanyakan identitas anggota keluarga,</p> <p>e. 74,5% perawat juga tidak memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk bertanya,</p> <p>f. 68,1% perawat terlibat konflik dengan anggota keluarga.</p>
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	<p>a. Komunikasi baik 38.2%,</p> <p>b. Komunikasi yang memadai 50,0%,</p> <p>c. Komunikasi tidak baik 11,8%.</p>
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	<p>a. Komunikasi Terapeutik tidak baik 0%,</p> <p>b. Komunikasi Terapeutik kurang 0%,</p> <p>c. Komunikasi Terapeutik cukup 96,7%,</p> <p>d. Komunikasi Terapeutik baik 3,3%.</p>
4	Rizka Himawan, Dewi hartinah, (2016)	<p>a. Komunikasi Terapeutik baik 51,4%,</p> <p>b. Komunikasi Terapeutik sedang 43,2%,</p> <p>c. Komunikasi Terapeutik tidak baik 5,4% .</p>
5	Maria Loihala, (2016)	<p>a. Komunikasi Terapeutik baik 46,7%,</p> <p>b. Komunikasi Terapeutik tidak baik 53,3%.</p>

6	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. Komunikasi Terapeutik baik 47%, b. Komunikasi Terapeutik cukup 27%, c. Komunikasi Terapeutik kurang 27%.
---	--	---

Dari hasil penelitian oleh (Lukmanulhakim, 2016) diperoleh hasil bahwa perilaku negatif dalam komunikasi terungkap dalam penelitian ini seperti perawat tidak menanyakan identitas anggota keluarga, perawat juga tidak memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk bertanya, dan perawat terlibat konflik dengan anggota keluarga. Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi terapeutik yang sebagian besar tidak baik pada keluarga pasien di ruang gawat darurat dr. RSUD Dradjat Prawiranegara, Serang Banten, Indonesia.

Penelitian yang dilakukan oleh (Erna, 2019) ditemukan bahwa persepsi keluarga tentang komunikasi terapeutik perawat yang sebagian besar menilai perawat memiliki komunikasi yang cukup/memadai, dapat disebabkan karena sumber informasi tentang pasien yang diperoleh keluarga sebagian besar berasal dari perawat. Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi terapeutik memadai di ICU Regional X Umum RSUD Sukabumi.

Penelitian lain oleh (Rahayu, 2016) diperoleh hasil bahwa komunikasi terapeutik perawat dilihat dari responden yang sebagian besar mengatakan komunikasi terapeutik perawat baik. Diinterpretasikan hampir seluruh responden menilai bahwa komunikasi yang dilakukan perawat adalah baik yaitu sebanyak 29 responden. Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi

terapeutik yang baik pada keluarga pasien di Ruang *ICU* RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013.

Penelitian yang dilakukan oleh (Rizka, 2016) ditemukan bahwa responden berpendapat bahwa perawat tidak menjelaskan berapa lama waktu yang diperlukan untuk interaksi antara perawat dengan keluarga pasien.. Dan juga responden menjawab bahwa perawat tidak menyimpulkan proses dan hasil interaksi. Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi terapeutik yang tidak baik pada keluarga pasien di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Penelitian yang dilakukan oleh (Maria, 2016) bahwa komunikasi terapeutik perawat pada keluarga pasien didapatkan perilaku perawat khususnya dalam berkomunikasi kurang baik. Kecenderungan yang terjadi yaitu nampak pada hubungan interpersonal perawat dengan pasien dan keluarganya ditunjukkan dengan komunikasi antara perawat yang sering tidak terapeutik saat berinteraksi dengan pasien dan keluarganya Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi terapeutik yang tidak baik di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus.

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Rina, 2017) menunjukkan bahwa komunikasi yang terjadi antara perawat dengan keluarga pasien secara aktif sehingga dapat mendorong keluarga pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya, selain kurangnya komunikasi terapeutik. Misalnya masalah biaya perawatan yang tidak terkaji dan juga karena diruangan *ICU*.

Berdasarkan data ini menunjukkan komunikasi terapeutik yang tidak baik di *Intensive Care Unit* di RS Adi Husada Kapasari Surabaya.

Hasil dari analisa keenam artikel tersebut mengatakan komunikasi yang baik dan tidak baik. Dari keenam artikel terdapat 5 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengatakan komunikasi tidak baik dan terdapat 1 artikel yang mengatakan komunikasi baik.

4.4 Menjelaskan kecemasan pada keluarga pasien di ruang *Intensive care unit* berdasarkan berbagai jurnal

Hasil review dari 6 artikel yang diambil ditemukan kecemasan keluarga pasien dapat dilihat di tabel berikut :

Tabel 4.4 Kecemasan keluarga pasien

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna, (2016)	a. Kecemasan Ringan 34,0%, b. Kecemasan Sedang 42,6%, c. Kecemasan Berat 23,4%.
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	a. Tidak Mengalami Kecemasan 35,3%, b. Kecemasan Ringan 38,2%, c. Kecemasan Sedang 26,2%.
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. Tidak Mengalami Kecemasan 10%, b. Kecemasan Ringan 33,3%,

		c. Kecemasan Sedang 23,3%, d. Kecemasan Berat 33,3%.
4	Rizka Himawan, Dewi hartinah, (2016)	a. Kecemasan Ringan 59,5%, b. Kecemasan Sedang 40,5%.
5	Maria Loihala, (2016)	a. Kecemasan Ringan 16,7%, b. Kecemasan Sedang 23,3%, c. Kecemasan Berat 60%.
6	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. Kecemasan Ringan 33%, b. Kecemasan Sedang 47%, c. Kecemasan Berat 20%.

Berdasarkan pada hasil penelitian oleh (Lukmanulhakim, 2016) menunjukkan bahwa sebagian besar anggota keluarga pasien adalah perempuan dengan tingkat kecemasan sedang. Mengenai hubungan dengan pasien, ibu pasien menunjukkan kecemasan berat. Di sisi lain yang diakui sebagai suami menunjukkan tingkat kecemasan ringan, anggota keluarga pasien yang diakui sebagai suami menunjukkan tingkat kecemasan ringan. Hal ini menunjukkan semua responden sedang mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami kecemasan sedang di ruang gawat darurat dr. RSUD Dradjat Prawiranegara, Serang Banten, Indonesia.

Penelitian oleh (Erna, 2019) menunjukkan bahwa faktor penyebab ketakutan atau kecemasan pada pasien dan keluarganya selama pasien dirawat di rumah sakit salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat.

Keluarga akan mengalami kecemasan dan disorganisasi perasaan ketika anggota keluarga mengalami nyeri yang harus dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan responden sebagian besar mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami ringan di ICU Regional X Umum RSUD Sukabumi .

Penelitian oleh (Rahayu, 2016) menunjukkan bahwa kecemasan keluarga pasien dari rasa takut yang nyata tentang kematian, pengaruh terhadap anggota keluarga yang dirawat dirasakan oleh keluarga. Tanggung jawab pasien sekarang ditambahkan pada tanggung jawab orang lain. Hal ini menunjukkan sebagian besar responden mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami kecemasan ringan di Ruang *ICU* RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013.

Penelitian oleh (Rizka, 2016) menunjukkan bahwa kecemasan keluarga pasien dipengaruhi oleh koping dan tingkat pengetahuan, informasi dan keyakinan. Dan juga Selama pasien dirawat di ruang perawatan keluarga tidak boleh menunggu dan hanya boleh melihat dari jauh. Hal ini menunjukkan semua responden mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami kecemasan ringan di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong

Penelitian oleh (Maria, 2016) menunjukkan bahwa kecemasan dalam diri pasien dan keluarganya selama pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat. Keluarga akan mengalami ansietas dan disorganisasi perasaan ketika anggota keluarganya mengalami

sakit yang harus dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan semua responden mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami kecemasan berat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus.

Penelitian oleh (Rina, 2017) menunjukkan bahwa kecemasan keluarga pasien di ICU karena lingkungan yang menakutkan bagi keluarga pasien dan diruangan ini banyak aturan dan waktu pengunjung yang sangat minim, sehingga faktor itulah yang menyebabkan kecemasan pada keluarga selain kurangnya komunikasi terapeutik. Hal ini menunjukkan semua responden mengalami kecemasan dan mayoritas mengalami kecemasan sedang di *Intensive Care Unit* di RS Adi Husada Kapasari Surabaya.

Berdasarkan hasil analisa dari keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa responden mengalami berbagai tingkat kecemasan yaitu, tidak mengalami kecemasan, kecemasan ringan, kecemasan sedang dan kecemasan berat. Dari keenam artikel terdapat 3 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan, 2 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan sedang dan 1 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan berat.

4.5 Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang Intensive care unit dari berbagai artikel-artikel jurnal

Hasil review dari 6 artikel ditemukan hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di *Intensive care unit* dapat dilihat ditabel berikut :

Tabel 4.5 Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di *Intensive Care Unit*

No	Penulis dan Tahun Terbit	Hasil Temuan
1	Lukmanulhakim, Suryani, Anastasia Anna, (2016)	a. Nilai P-value 0,000 ($p < 0,01$), b. Terdapat hubungan antara kecemasan anggota keluarga dengan komunikasi yang dilakukan oleh perawat
2	Erna Safariyah, Tara Indra D, Melani Kusdayani, (2019)	a. Nilai P-value 0,027, b. Terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.
3	Kun Ika Nur Rahayu, (2016)	a. Nilai P-value sebesar 0,233, b. Tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.

4	Rizka Himawan, Dewi hartinah, (2016)	a. Nilai P-value 0,023, b. Ada hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.
5	Maria Loihala, (2016)	a. Nilai P-value 0,001, b. Ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga.
6	Rina Budi Kristiani, Alfia Nafisak Dini, (2017)	a. Nilai P-value 0,028, b. Terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan penurunan tingkat kecemasan keluarga.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Lukmanulhakim, 2016) dengan menggunakan Spearman's Rho menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kecemasan anggota keluarga dengan komunikasi yang dilakukan oleh perawat di ruang gawat darurat, dengan nilai $p < 0,000$ ($p < 0,01$). Kemudian arah nilai koefisien korelasi menunjukkan negatif antara kedua variabel $-0,765$. Artinya semakin efektif komunikasi yang dilakukan perawat maka semakin rendah tingkat kecemasan yang dialami oleh anggota keluarga di ruang gawat darurat dr. RSUD Dradjat Prawiranegara, Serang Banten, Indonesia.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Erna, 2019) dengan menggunakan uji Somers'D Statistics diperoleh P-value = 0,027 artinya P-value < 0,05. Nilai tersebut berarti terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Rumah Sakit Umum Daerah ICUX Kabupaten Sukabumi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rahayu, 2016) berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji Rank Spearman Correlation test didapatkan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05). Hal ini menunjukkan bahwa H1 ditolak dan H0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang ICU RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rizka, 2016) menunjukkan bahwa dengan menggunakan analisa Chi- Square didapatkan Pearson Chi - Square adalah 7,656 lebih besar dari Chi-Square table dengan df 2 $\alpha= 0,05$ sebesar 5,591. Dan terlihat pada kolom Asymp. Sig adalah 0,023 < 0,05, maka Ho ditolak dan Ha diterima artinya ada hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Maria, 2016) menunjukkan bahwa hasil uji statistic dengan menggunakan chi-square diperoleh nilai p-value= 0,001 $\leq \alpha$ (alpha) 0,05 dengan demikian Ho ditolak yang berarti ada

hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Rina, 2017) menunjukkan bahwa hasil uji statistik korelasi Spearman rank diperoleh nilai signifikansi < 0,028 dengan $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan penurunan tingkat kecemasan keluarga di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya.

Berdasarkan hasil analisa dari keenam artikel tersebut menjelaskan bahwa 5 artikel terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU ditunjukkan dengan nilai $p = <0,05$ dan terdapat 1 artikel yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU ditunjukkan oleh uji Rank Spearman Correlation test didapatkan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05).

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Deskripsi Komunikasi Terapeutik Perawat di ruang *Intensive care unit*

Berdasarkan fakta hasil identifikasi dari analisa keenam artikel tersebut mengatakan komunikasi yang baik dan tidak baik. Dengan langkah-langkah komunikasi seperti : bertanya, mendengar, mengulang, klarifikasi, refleksi, fokus, diam, memberi informasi, menyimpulkan, mengubah cara pandang, eksplorasi, membagi persepsi, identifikasi tema dan humor. Dari keenam artikel terdapat 5 artikel (83,3%) yang menjelaskan responden mengatakan komunikasi tidak baik (Lukmanulhakim, 2016; Erna, 2019; Rizka, 2016, Maria, 2016; Rina, 2017), hal ini dapat dilihat dari jumlah responden sebagian besar mengatakan komunikasi terapeutik tidak baik dan 1 artikel (16,7%) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik baik (Rahayu, 2016), dilihat dari banyaknya responden yang mengatakan komunikasi terapeutik baik.

Komunikasi merupakan salah satu kemampuan yang harus dilakukan perawat, dan diakui tidak sesederhana, dalam proses pelaksanaannya, perawat di Instalasi Gawat Darurat dr. RSUD Dradjat Prawiranegara, Serang Banten, meski dalam situasi banyak pasien yang masuk IGD tidak sebanding dengan jumlah perawat, mereka bertanggung jawab dan tetap melakukan komunikasi yang efektif. Kejelasan informasi mengenai tindakan yang akan dilakukan kepada keluarga pasien secara rinci dan jelas serta dengan bahasa yang

mudah dipahami oleh keluarga, mengakibatkan keluarga akan lebih mudah merespon dan mencerna pesan dan informasi yang disampaikan oleh perawat (Lukmanulhakim, 2016).

Persepsi keluarga tentang komunikasi terapeutik perawat yang sebagian besar menilai perawat memiliki komunikasi yang cukup/memadai, dapat disebabkan karena sumber informasi tentang pasien yang diperoleh keluarga sebagian besar berasal dari perawat. Persepsi keluarga pasien tentang komunikasi perawat yaitu komunikasi yang cukup cenderung mengalami kecemasan ringan, dan sebagian kecil persepsi keluarga pasien tentang komunikasi perawat yaitu komunikasi mengalami tingkat kecemasan kurang sedang. Sedangkan persepsi keluarga lainnya tentang komunikasi perawat baik komunikasi cenderung tidak mengalami kecemasan. Semakin baik komunikasi perawat maka keluarga pasien tidak mengalami kecemasan (Erna, 2019).

Semua keluarga pasien di ruang *intensive care unit* sebagian besar telah mendapatkan komunikasi terapeutik sesuai dengan langkah-langkahnya walaupun langkah-langkah tersebut tidak semua dilaksanakan. Namun demikian secara umum komunikasi terapeutik yang telah dilakukan perawat dinilai keluarga pasien telah baik. Langkah-langkah komunikasi terapeutik yang jarang dilakukan perawat menurut keluarga pasien adalah menyimpulkan keluhan pasien. Ada kemungkinan komunikasi terapeutik hanya dilakukan oleh sebagian perawat terhadap semua keluarga pasien sehingga hasil penelitian menunjukkan baik karena pada lembar observasi

tidak mengungkapkan siapa atau berapa perawat yang telah memberikan komunikasi terapeutik (Rahayu, 2016).

Komunikasi yang dilakukan oleh perawat dapat dinilai baik oleh responden apabila responden menganggap perawat dapat memberikan informasi yang tepat dan benar tentang kondisi anggota keluarganya yang dirawat dan sebagian besar perawat memberikan keterangan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh keluarga pasien. Untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri pada klien dan keluarga salah satunya dapat melalui pemberian informasi dan penjelasan (Rizka, 2016).

Komunikasi terapeutik, dalam pelaksanaannya, sangat cenderung terjadi pada hubungan interpersonal perawat dengan pasien dan keluarganya, ditunjukkan dengan komunikasi antara perawat yang sering tidak terapeutik saat berinteraksi dengan pasien dan keluarganya, ada beberapa keluhan pasien dan keluarganya terhadap pelayanan yang diberikan yang seharusnya bisa diatasi dengan komunikasi dari perawat. Keterampilan berkomunikasi harus dimiliki oleh seorang perawat, karena komunikasi merupakan proses yang digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian, memberikan pendidikan atau informasi kesehatan dan mempengaruhi pasien untuk mengaplikasikannya dalam hidup, menunjukkan kepedulian, memberikan rasa nyaman, menumbuhkan rasa percaya diri dan menghargai nilai-nilai pasien, karena komunikasi efektif merupakan hal penting dalam menciptakan hubungan antara perawat dan pasien (Maria, 2016).

Perawat seharusnya memberikan pengetahuan tentang tindakan yang dilakukan selama proses perawatan di ruang intensive dan memotivasi keluarga agar selalu mendoakan pasien, salah satunya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Komunikasi yang bertujuan untuk menumbuhkan rasa percaya diri seseorang terhadap penyampaian pesan, sehingga terbina hubungan yang saling percaya dapat menjadi jembatan atau penghubung dalam menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien (Rina, 2017).

Berdasarkan pemaparan dari keenam artikel di ketahui bahwa beberapa faktor yang dapat menghambat komunikasi terapeutik. Berikut adalah faktor-faktor yang dapat menghambat komunikasi terapeutik (Lalongkoe, 2013) :

- a. Kecakapan yang kurang dalam komunikasi
- b. Sikap yang kurang tepat
- c. Kurang pengetahuan
- d. Kurang sistem pemahaman sosial
- e. Prasangka yang tidak beralasan
- f. Jarak fisik, komunikasi menjadi kurang lancar bila jarak komunikator dengan responden yang berjauhan
- g. Tidak ada persamaan persepsi
- h. Indera yang rusak
- i. Berbicara yang berlebihan

j. Mendominir pembicaraan

Menurut asumsi peneliti, komunikasi terapeutik merupakan sesuatu hal yang sangat penting dalam asuhan keperawatan, karena dalam komunikasi perawat dengan pasien/keluarga pasien bisa melakukan hubungan interpersonal. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu untuk menyembuhkan pasien. Seorang perawat dapat membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Baik buruknya komunikasi dapat dilihat dari segi perawat yang kurang baik dapat membuat keluarga semakin cemas sehubungan dengan terbatasnya informasi tentang perawatan pasien ataupun bisa dipengaruhi oleh stressor yang diperoleh seperti, kecemasan, depresi dan gangguan stres paska trauma lebih tinggi pada anggota keluarga daripada pasien, dan bisa bertahan sampai tiga bulan, sementara pada pasien gejala menurun. Keterampilan berkomunikasi harus dimiliki oleh seorang perawat, karena komunikasi merupakan proses yang digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian, memberikan informasi kesehatan dan mempengaruhi pasien untuk mengaplikasikannya dalam hidup, menunjukkan kepedulian, memberikan rasa nyaman, menumbuhkan rasa percaya diri dan menghargai nilai-nilai pasien, karena komunikasi efektif merupakan hal penting dalam menciptakan hubungan antara perawat dan pasien.

5.2 Deskripsi Kecemasan Keluarga di ruang *Intensive care unit*

Berdasarkan fakta hasil identifikasi dari keenam artikel kecemasan keluarga di ICU menunjukkan bahwa responden mengalami berbagai tingkat kecemasan yaitu, tidak mengalami kecemasan, kecemasan ringan (memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting mengesampingkan yang lain), kecemasan sedang dan kecemasan berat. Dari keenam artikel terdapat 3 artikel (50%) yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan (Erna, 2019; Rahayu, 2016; Rizka, 2016), 2 artikel (33,3%) yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan sedang (Lukmanulhakim; Rina, 2017) dan 1 artikel (16,7%) yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan berat (Maria, 2016).

Ruang gawat darurat adalah salah satu yang paling menantang dan dapat menyebabkan masalah stres seperti kecemasan dan depresi bagi anggota keluarga. Selain itu, beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga di ruang gawat darurat antara lain tingkat keparahan penyakit, keadaan darurat, trauma neurologi, penyakit jantung dan penyakit paru-paru. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa cedera kepala merupakan salah satu situasi yang sulit bagi pasien keluarga. Terkait dengan budaya Banten, jika seseorang di diagnosis cedera kepala mengakibatkan situasi yang tidak terduga. Kedua sudut pandang antara penelitian sebelumnya dan budaya menunjukkan bahwa cedera kepala menjadi situasi di

mana keluarga pasien meningkatkan kecemasan mereka karena kondisi kerabat mereka yang sakit (Lukmanulhakim, 2016).

Kecemasan yang mayoritas terjadi di perawatan pasien ICU RSUD Sekarwangi, Kabupaten Sukabumi karena adanya aturan penutupan dan dipisahkan dari ruang tunggu keluarga pasien. Penyakit berat yang sering dialami oleh pasien, membuat keluarga khawatir terutama jika pasien dirawat di ICU. Karena ICU merupakan ruang perawatan pasien kritis yang mengancam jiwa atau berpotensi mengancam jiwa. Faktor lain yang menyebabkan keluarga pasien masih mengalami kecemasan meskipun komunikasi perawat baik adalah karena pemisahan keluarga dari pasien dan keluarga tidak dapat menjenguk pasien setiap saat (Erna, 2019).

Dilihat dari masuknya pasien ke dalam ancaman sakit yang berada pada rentang hidup atau mati akan mengancam dan mengubah homeostasis keluarga untuk beberapa alasan banyak faktor penyebab terjadinya kecemasan atau ansietas dalam diri pasien dan keluarganya selama pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat. Tingkat kecemasan keluarga pasien yang menjadi responden penelitian ini tidak merata, hal ini dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan kekerabatan dengan pasien (Rahayu, 2016).

Keluarga yang menunggu pasien atau keluarganya sakit selama di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong sering kali mengalami kecemasan, hal ini dikarenakan pasien yang dirawat di ruang perawatan

intensive, keluarga tidak boleh menunggu dan hanya boleh melihat dari jauh pada jam-jam tertentu sehingga disini keluarga sangat membutuhkan informasi dan bantuan dari perawat untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan pasien (Rizka, 2016).

Perasaan tidak menentu umumnya tidak menyenangkan, kecemasan dialami oleh keluarga pasien dikarenakan ketakutan akan penyakit yang diderita oleh pasien. Pasien dalam keadaan cemas, lebih cenderung mengalami sensasi jasmaniah dan tanda-tanda terancam. Kecemasan bila berlanjut dapat mempengaruhi status kesehatan serta dapat mengubah prosedur diagnosa yang telah ditentukan (Maria, 2016).

Masalah biaya perawatan yang tidak terkaji dan juga karena diruangan ICU merupakan lingkungan yang menakutkan bagi keluarga pasien dan diruangan ini banyak aturan dan waktu pengunjung yang sangat minim, sehingga faktor itulah yang menyebabkan kecemasan pada keluarga. Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMP (Rina, 2017).

Berdasarkan pemaparan dari kelima artikel diketahui bahwa faktor utama yang memengaruhi kecemasan keluarga di ICU menurut Kaplan & Sadock (1997) dalam (Ellias, 2013) dibagi sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Teori Smith (1968:51) mengatakan bahwa perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan – tekanan lingkungan daripada laki-laki. Perempuan lebih cemas, kurang sabar, dan mudah mengeluarkan air mata (Ellias, 2013).

b. Umur

Menurut ellias (Ellias, 2013) gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia , lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita , biasanya terjadi pada usia 21-45 tahun.

c. Tingkat pendidikan

Menurut (Yusuf, 2001) dalam (Ellias, 2013) semakin tinggi pendidikan seseorang diharapkan mereka dapat berfikir secara rasional dan menahan emosi dengan baik.

d. Pengalaman menunggu.

Menurut Kaplan dan Sadock (1997) dalam (Ellias, 2013) keluarga yang baru pertama kali anggota keluarganya dirawat akan berbeda dengan yang sudah beberapa kali menghadapi hal yang sama dirawat dirumah sakit , hal itu karena sudah terbentuk koping yaitu upaya berupa aksi berorientasi dan intra fisik , untuk mengelola (mentoleransi, menampung, meminimalkan) lingkungan dan kebutuhan internal mengenai hal tersebut.

e. Kondisi medis atau penyakit.

Kecemasan yang berhubungan dengan diagnosa medis sering ditemukan walaupun insidenya gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis. Misalnya untuk diagnosa medis pembedahan akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga klien. Sebaliknya dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien (Ellias, 2013).

f. Akses informasi

Pemberian informasi yang tepat akan membantu keluarga tidak hanya dalam perawatan pasien tetapi juga dalam mengatasi kecemasan itu sendiri. Akses informasi dapat berupa komunikasi, bimbingan dan konseling kepada keluarga agar keluarga dapat mengatasi kecemasan kearah adaptif sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga (Ellias, 2013).

g. Komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan hal yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan . komunikasi yang terjalin baik akan menimbulkan kepercayaan sehingga terjadi hubungan yang lebih hangat dan mendalam. Kehangatan suatu hubungan akan mendorong pengungkapan beban perasaan dan pikiran yang dirasakan selama hospitalisasi (Ellias, 2013).

h. Lingkungan

Lingkungan yang tidak nyaman dan asing akan mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pasien. Kebijakan dalam ruangan serta suasana personil ruangan itu sendiri dapat menjadi pencetus terjadinya krisis bagi klien dan keluarga pasien, sehingga diperlukan adaptasi dengan cara yang berbeda dengan hasil proses adaptasi yang mereka alami sebelumnya (Ellias, 2013).

i. Fasilitas kesehatan

Alat-alat yang canggih dan rumit akan mempengaruhi kecemasan, dikarenakan alat-alat tersebut asing bagi keluarga karena mereka beranggapan bahwa keluarga yang sakit serius bahkan mungkin sekarat, hal ini berhubungan dengan kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kondisi penyakit yang diderita oleh pasien. Sehingga peran perawat sebagai pendidik memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada keluarga (Ellias, 2013).

Menurut asumsi peneliti, kecemasan merupakan hal yang wajar bagi setiap orang, apalagi bagi keluarga pasien yang sedang menunggu anggota keluarganya yang sedang dirawat di perawatan *intensive*. Pada umumnya pasien yang datang diperawatan *intensive* ini adalah dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan, hal ini yang menyebabkan keluarga dari pasien datang dengan bermacam-macam stressor yaitu ketakutan akan kematian, ketidakpastian hasil, kekhawatiran akan biaya perawatan,

ketidakberdayaan untuk tetap atau selalu berada disamping orang yang disayangi sehubungan dengan peraturan kunjungan yang ketat. Semua stressor ini menyebabkan keluarga jatuh pada kondisi krisis dimana coping mekanisme yang digunakan menjadi tidak efektif dan perasaan menyerah serta kecemasan akan mendominasi perilaku keluarga. Banyak hal yang dapat menyebabkan keluarga pasien bisa mengalami kecemasan yakni, seperti faktor pendidikan keluarga pasien yang rendah dan juga faktor ekonomi keluarga pasien yang tidak berkecukupan ataupun dari faktor komunikasi terapeutik perawat yang tidak baik dapat membuat keluarga semakin cemas. Apabila sudah mengalami kecemasan pikiran keluarga akan kemana-kemana, lebih parahnya dia bisa marah-marah sendiri dari faktor cemasnya yang berlebihan.

5.3 Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di ruang *Intensive care unit*

Berdasarkan fakta hasil analisis dari keenam artikel hubungan komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU diketahui bahwa, 5 artikel (83,3) terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU (Lukmanulhakim, 2016; Erna, 2019; Rizka, 2016, Maria, 2016; Rina, 2017), ditunjukkan dengan nilai $p = <0,05$ dan terdapat 1 artikel (16,7%) yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU (Rahayu, 2016), ditunjukkan oleh uji Rank Spearman Correlation test

didapatkan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05).

Aspek komunikasi perawat di ruang ICU sangat penting, mengingat ruang ICU merupakan ruangan untuk merawat pasien dalam kondisi kritis yang memerlukan perhatian segera dan berkelanjutan. (Dewi, 2014) menyatakan bahwa perawat berperan penting dalam memberikan asuhan kepada pasien kritis atau keluarga secara keseluruhan baik biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Komunikasi keluarga yang berkualitas adalah inti dari seni dan ilmu keperawatan. Komunikasi yang baik berpengaruh signifikan terhadap kesejahteraan pasien serta kualitas dan hasil asuhan keperawatan karena komunikasi yang baik akan mempengaruhi kepuasan keluarga pasien terhadap tindakan keperawatan (Lukmanulhakim, 2016).

Persepsi keluarga tentang komunikasi terapeutik perawat yang sebagian besar menilai perawat memiliki komunikasi yang cukup/memadai, dapat disebabkan karena sumber informasi tentang pasien yang diperoleh keluarga sebagian besar berasal dari perawat. Sebagian besar keluarga pasien di ICU memiliki informasi tentang kondisi pasien dari perawat. Hal ini juga didukung oleh teori (Priyoto, 2015) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien atau perawat dengan keluarga pasien berdasarkan hubungan kepercayaan yang didalamnya terdapat seni komunikasi yang menyembuhkan. Dalam berkomunikasi antara perawat dengan keluarga pasien, perawat harus membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada keluarga. Komunikasi asertif dalam praktik keperawatan

professional sangat berpengaruh atau membantu pasien dan keluarganya dalam proses penyembuhan atau dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan memberikan perasaan tenang tanpa kecemasan selama dirawat di rumah sakit (Rahayu, 2016).

Komunikasi verbal dan non verbal mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis, hal ini disebabkan karena keluarga sangat membutuhkan adanya informasi dan penjelasan tentang keadaan anggota keluarganya yang sedang terbaring dan dirawat di unit perawatan kritis. Selama pasien dirawat di ruang perawatan keluarga tidak boleh menunggu dan hanya boleh melihat dari jauh pada jam-jam tertentu sehingga disini keluarga sangat membutuhkan informasi dan bantuan dari perawat untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan pasien (Erna, 2019).

Menurut (Ganda, 2009) bahwa Ansietas atau perasaan cemas akan lebih jelas ditemukan pada pasien dan keluarga pasien yang masuk rumah sakit dalam ruangan intensif. Kecemasan pada pasien dan keluarga sering diakibatkan oleh ketakutan akan kematian, ketidakberhasilan medikasi komplikasi yang terjadi dan masalah biaya. Sedangkan (Stuart, 2007) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan emosi subjektif yang membuat individu tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas dan gelisah, dan disertai respon otonom. Menurut (Abraham, 1997) bahwa ketidakmampuan perawat dalam menerapkan komunikasi terapeutik akan berdampak negative bagi mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit serta akan menimbulkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien

yang dirawat baik di ruang bedah, ruang penyakit dalam maupun ruangan anak mempunyai rasa kekuatiran akibat proses hospitalisasi. Jika kekuatiran tidak dikomunikasikan maka akan mengganggu hubungan perawat-pasien, serta akan dapat meningkatkan kecemasan pasien. Pasien dalam keadaan cemas, lebih cenderung mengalami sensasi jasmaniah dan tanda-tanda terancam. Kecemasan bila berlanjut dapat mempengaruhi status kesehatan serta dapat mengubah prosedur diagnosa yang telah ditentukan. Untuk dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi suatu tindakan perawatan salah satunya maka komunikasi terapeutik perawat-pasien perlu dibangun agar, pasien dapat memilih alternatif coping yang positif bagi dirinya (Maria, 2016).

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal meliputi pendidikan dimana pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Selain faktor pendidikan faktor lainnya adalah jenis kelamin dimana gangguan kecemasan tingkat panik lebih sering dialami wanita daripada pria. Dampak negatif dari kecemasan merupakan rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata maupun potensial. Keadaan cemas akan membuat individu menghabiskan tenaganya, menimbulkan rasa gelisah, dan menghambat

individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal maupun hubungan sosial (Rina, 2017).

Menurut asumsi peneliti, komunikasi terapeutik di ICU memiliki hubungan dengan kecemasan keluarga di ICU, karena komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien, komunikasi yang salah arah akan membuat keluarga semakin cemas, apalagi komunikasi ini dilakukan di ruang ICU, yakni ruang perawatan intensif yang kebanyakan pasiennya sudah sakit berat, maka dari itu wajar apabila keluarga cemas setelah berkomunikasi dengan perawat. Komunikasi terapeutik yang tepat sangatlah di butuhkan, pada saat perawat kurang atau tidak dapat melaksanakan komunikasi terapeutik yang efektif hal itu dapat menyebabkan keluarga akan terus terpuruk dalam situasi kecemasan yang berlebihan dan pada akhirnya asuhan keperawatan yang diberikan secara kompresif dan holistik tidak akan tercapai dengan baik. Dengan adanya komunikasi terapeutik yang tepat dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga pasien pada saat di ICU, semakin baik komunikasi terapeutik maka tingkat kecemasan keluarga pasien semakin ringan atau dapat dikatakan antara variabel komunikasi terapeutik dan variabel tingkat kecemasan pasien memiliki hubungan yang berkebalikan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis dari keenam artikel yang ditemukan, hasil dari literature review ini dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Dari hasil analisis keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa, 5 artikel menyatakan komunikasi terapeutik tidak baik, hal ini dapat dilihat dari jumlah responden sebagian besar mengatakan komunikasi terapeutik tidak baik dan 1 artikel menyatakan bahwa komunikasi terapeutik baik, dilihat dari banyaknya responden yang mengatakan komunikasi terapeutik baik.
- b. Berdasarkan hasil penelitian keenam artikel tersebut menunjukkan bahwa terdapat 3 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan ringan, 2 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan sedang dan 1 artikel yang menjelaskan sebagian besar responden mengalami kecemasan berat.
- c. Berdasarkan hasil dari keenam artikel tersebut menjelaskan bahwa 5 artikel terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU ditunjukkan dengan nilai $p = <0,05$ dan terdapat 1 artikel yang menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga pasien di ICU ditunjukkan oleh uji Rank Spearman Correlation test didapatkan

nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05).

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil dari literature review diatas maka peneliti menyarankan beberapa hal sebagai berikut :

a. Teoritis

Hasil *literature review* ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan mengenai pentingnya komunikasi terapeutik perawat baik secara kualitas maupun kuantitas bagi keluarga pasien di ICU.

b. Praktisi

Hasil *literature review* ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan yang berfokus pada komunikasi terapeutik perawat pada kecemasan keluarga pasien di ICU.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil *literature review* ini dapat menjadi bahan penelitian bagi peneliti selanjutnya khususnya terkait dengan masalah pada komunikasi terapeutik perawat pada kecemasan keluarga pasien di ICU pada tindakan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afdjani, H. (2014). *Ilmu Keperawatan, Proses dan Strategi*. Tangerang: Indigo Media.
- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Azwar. (2011). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya Edisi 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bailey, J. J. (2010). A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive and Critical Care Nursing. Supporting families in the ICU*, 26.
- Budiono. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Dalami, E. e. (2019). *Buku Saku Komunikasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dawood, E. M. (2018). Relationship between Nurses ' Communication and Levels of Anxiety and Depression among Patient ' s Family in the Emergency Department. *SciMedCentral*, 6.
- Donsu, J. D. (2017). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Ellias, Y. (2013). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga di Ruang High Care Unit (HCU) Rumah Sakit Immanuel.
- Erna. (2019). Correlation Between Nurse Therapeutic Communication and Anxiety Levels of Patients' Families in the ICU of X Regional General Hospital, Sukabumi.
- Fumis, R. R. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLOs ONE*, 1.
- Kemenkes. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1778 tahun 2010*.
- Kennedy, L. (2010). *Komunikasi Untuk Kperawatan : Berbicara dengan Pasien. Edisi Kedua*. Jakarta: Erlangga.
- Kristiani, R. B. (2017). Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit (Icu) Rs Adi Husada Kapasari Surabaya. 27-34.

- Kusumawardani. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Media.
- Lalongkoe, M. R. (2013). *Komunikasi Keperawatan.: Metode Berbicara Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Lestari, T. (2015). *Kumpulan teori untuk kajian pustaka penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha medika.
- Loriana. (2018). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat. *Mahakam Nursing Journal*.
- Lukmanulhakim. (2016). The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia.
- Maria. (2016). Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan Tingkat kecemasan keluarga pasien yang Dirawat di ruangan hcu rsu sele be solu Kota sorong.
- Musliha. (2013). *Keperawatan Gawat Darurat : Plus Contoh Askep dengan Pendekatan NANDA, NIC NOC*. . Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2020). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pocard, F. A. (2011). Ethical Hypothesis regarding decision-making capacity. *Symptoms of Anxiety and Depression in Family members of Intensive Care unit patients, 1893-1897*.
- Priyoto. (2015). *Komunikasi dan Sikap Empati dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rahayu. (2016). Hubungan antara komunikasi terapeutik dengan Tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang intensive.
- Riduwan. (2013). *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Rina. (2017). Komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan Keluarga pasien di intensive care unit (icu) Rs adi husada kapasari surabaya.

- Rizka. (2016). Hubungan komunikasi terapeutik verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di instalasi perawatan intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus.
- Stuart, G. W. (2013). *Psikiatric Nursing. (Edisi 10)*. Jakarta: EGC.
- Suprihatin, T. (2015). Managemen Stres Kerja Pada Perawat ICU.
- Suryani. (2015). *Komunikasi Terapeutik : Teori dan Praktik. Buku Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Triwibowo. (2012). *Perizinan dan Akreditasi Rumah Sakit*. Yogyakarta: Medika.

Lampiran 1

Jurnal 1

ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/310788725>

The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia

Article in *International Journal of Research in Medical Sciences* - December 2016

DOI: 10.18203/2320-4012.ijrms20164228

CITATIONS

9

READS

1,798

3 authors:



Lukmanulhakim Lukmanulhakim
Universitas Faletehan

11 PUBLICATIONS 15 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Suryani Suryani
Universitas Padjadjaran

59 PUBLICATIONS 98 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Anastasia Anna
National Cheng Kung University

8 PUBLICATIONS 12 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Model recovery of people with schizophrenia in Indonesia [View project](#)



The Relationship Between Work Posture and Risk for Low Back Pain Complaint of Emergency Departement Nurses in dr. Dradjat Prawiranegara General Hospital Serang-Banten [View project](#)

All content following this page was uploaded by Suryani Suryani on 06 December 2016.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Original Research Article

The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia

Lukmanulhakim^{1,2}, Suryani¹, Anastasia Anna¹

¹Faculty of Nursing, Padjadjaran University, Bandung, Indonesia

²Professional Nursing Programme of Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletchan, Serang, Indonesia

Received: 10 October 2016

Accepted: 04 November 2016

*Correspondence:

Mr. Lukmanulhakim,

E-mail: lukmanulhakimshodrudin@yahoo.com

Copyright: © the author(s), publisher and licensee Medip Academy. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License, which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT

Background: Critical condition of patient is trigger to the increasing of anxiety of family members. This situation is vulnerable of ineffective nursing care services provide by nurses in emergency room. Communication is one of abilities which nurse have to performed, and is recognized not that simple in its implementation. This study aimed was to identify whether or not there is a relationship between communications performed by the nurses and the level of anxiety of family members of patient in Emergency Room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia.

Methods: This study was cross-sectional study with non-parametric analysis data used was Spearman's Rho. Data were collected through direct observation by 4 numerators and observational sheet of nurse's communication. Level of anxiety of family members was measuring by using State Trait Anxiety Inventory Y-1. Data were collected from 47 family members and 47 nurses who were selected by using accidental sampling technique.

Results: The study revealed that nurses performed eye contact, well informed consent, quick respond to the needs of patient and family members, clear voice, understandable language, introducing them self, active listening and emphatic, calm and friendly. Regarding anxiety of family members, 42.6% of them were showing moderate level of anxiety, whereas 34.0% of them were showing low level of anxiety. In bivariate analysis by using Spearman's Rho showed that p value was 0.000 and coefficient correlation -0.765. It was indicated that there was significantly relationship between communication of emergency nurses and the level of anxiety of family members. It was indicated that the more effective the communication performed by nurses, the less the anxiety level of family members.

Conclusions: Nurse is required to be able to perform their therapeutic communication skill effectively so that the anxiety level of family members is decreasing. As a result, the stable emotion of family members affect to the appropriate decision making of medical treatment.

Keywords: Anxiety, Communication, Emergency room, Family members, Nurse

INTRODUCTION

Emergency room is one of challenges rooms in regard to the resulting of distress and anxiety of patients and their relatives. The anxiety level in family members is varied,

including depression.¹ The impact of distress and anxiety are destruction of communication among family members and these will result to inability to concentrate and insufficiency of coping mechanism.² As a result, the changes of emotional status of the family members are

affecting to inadequate of family support to the patient.³ Communication is a process of adaptation between two persons, or even more in order to share idea, meaning and attention.²

To build an effective communication, Leech explained that a person at least must have the ability to read, to write, to hear and to speak. Furthermore, an effective communication is conducted if a communicator delivered a message to the receiver with a valid statement. Other things that need to avoid in effective communication are: analyzing, blaming, and judging.⁴

The communication in emergency room is ruled and dominated by nurse upon patient's relatives. According to previous study, 11 emergency nurses are included up to 18 times observation of their communication skill. The study revealed that 2,019 kinds of communication performed by nurses are involving patient relatives.⁵

The engagement of family in the nursing care of patient with emergency condition is included in American Association of Critical Care Nurse (AACN). AACN mentioned that one part of holistic nursing care is family decision which is equal to the responsibility of nurse. So that, good communication performed by nurse is needed through informed consent to family of patient, then the decision of medical intervention will be sign appropriately on the letter of agreement.⁶ The roles of emergency nurse to the family members of patient are containing to identify their strength, to communicate to them, be realistic and honest, to give positive hope and trust.⁶ Furthermore, communication recognized as a part of nursing care in order to help family through the adverse situation.⁷ One difficult situation that commonly increases the anxiety in family members of patient is due to vehicle accident. This situation suddenly triggers the fearness of changing the role either patient or family members in the future.⁸ In addition, this situation is further influencing the healing of the patient, because indeed family have the important role of decision upon medical intervention of the patient.⁹ Previous study found that patient relatives are oftenly involved in the decision making of medical intervention of the patient.¹⁰ Therefore, when the family members are in the hardship situation due to the condition of patient, it is important to nurse to perform an effective communication with them, so that the nursing care of patient will be optimum.

METHODS

This was a cross-sectional study. 47 respondents consist of nurses and family members of patient in Emergency Room dr. Dradjat Prawiranegara Hospital, Serang were selected by using accidental sampling technique. The criteria of samples were family who their relatives as a critical condition patient in Emergency Room dr. Dradjat Prawiranegara Hospital, Serang, Indonesia. Furthermore, the researcher investigated the samples based on the anxiety that related to communication.

Data collection

This study had been approved the ethical approval by Padjadjaran University. Data were collected on 01st – 15th July 2015 involving four numerators in this study as data collector after they were well informed and trained regarding the aims of the study. In advance, Inter-rater Numerator test and Kappa test conducted to investigate the perception between both numerators in this study. Direct observation of communication between nurse and family members of patient was conducted by using observational sheet. Based on the agreement of respondents, questionnaire of anxiety was distributed to be examined the level of anxiety of family members of patient.

Instruments

Anxiety

State Anxiety Inventory (SAI) consists of 20 items of question. This questionnaire is designed to examine the anxiety level.¹¹ There are negative questions including number 1,2,5,8,11,15,16,19 and 20, while positive questions are 3,4,6,7,9,10,12,13,14,17 and 18. Validity and reliability test of SAI after modified is showing cronbach's alpha 0.804.¹²

Communication

The questionnaire is adopted from previous study that used to investigate the nurse's communication, and then this questionnaire was modified in this study under advice and guidance by two experts.¹³ Options of answer of this questionnaire are dichotomy which is "yes" and "no". This instrument is used to determine the application of the emergency room nurse communication and this instrument is observation sheet conducted by the numerator when nurses performed communication with family members of patient. The results validity test of this instrument obtained minimum of 0.515 and maximum of 0.782. For the reliability test results obtained Cronbach's alpha 0.938.

Inter-rater reliability

Inter-rater reliability test of four numerators conducted on June 30, 2015 showed that Kappa coefficient values obtained minimum of 0.549 and maximum 0.866 with range of p Value 0.000 to 0.022.

Data analysis

Assumptions of normality of data were conducted by using Shapiro-Wilk test to the 47 respondents. After compared to the value of alpha (0.05), both data were found to be normally distributed equally obtained p value less than 0.05. The analysis of data in this study used non-parametric test with Spearman's Rho test by using α significance of 5%.

Ethical approval

This study has passed the ethical approval of Padjadjaran University with had no impact to the participant regarding ethics issue. Letter ethical clearance Number 276/UN6.C1.3.2/KEPK/PN/2015 and registration number of ethic 0415040276 from the ethics committee of the University of Padjadjaran issued on April 29, 2015.

RESULTS

In this section will be explained of communication of nurses, mean score and anxiety level of family members, and anxiety of family members based on the characteristics.

Table 1: Communication of nurses in emergency room of dr. Dradjat Prawiranegara hospital.

Questions	Results of Observations		Total
	Yes	No	
Eye contact while communicating to family of patient	40 (85.1%)	7 (14.9%)	47 (100%)
Distance of nurse and family of patient are 30-50 cm	40 (85.1%)	7 (14.9%)	47 (100%)
Open stance of communication	34 (72.3%)	13 (27.7%)	47 (100%)
Neat in communication	33 (70.2%)	14 (29.8%)	47 (100%)
Informed consent to family of patient	31 (66.0%)	16 (34.0%)	47 (100%)
Quick respond in every complaint of family of patient	31 (66.0%)	16 (34.0%)	47 (100%)
Clear voice and tone	30 (63.8%)	17 (36.2%)	47 (100%)
Understandable language	29 (61.7%)	18 (38.3%)	47 (100%)
Detail information	29 (61.7%)	18 (38.3%)	47 (100%)
Pleasant expression	28 (59.6%)	19 (40.4%)	47 (100%)
Introducing of identity	27 (57.4%)	20 (42.6%)	47 (100%)
Active listening of every complaint and statement from patient's family	27 (57.4%)	20 (42.6%)	47 (100%)
Empathy, calm and friendly	27 (57.4%)	20 (42.6%)	47 (100%)
Asking information of family patient	9 (19.1%)	38 (80.9%)	47 (100%)
Concluding of communication process between nurse and family patient	9 (19.1%)	38 (80.9%)	47 (100%)
Provide opportunity to ask	12 (25.5%)	35 (74.5%)	47 (100%)
No conflict to family of patient	15 (31.9%)	32 (68.1%)	47 (100%)

Based on Table 1, it showed that 85.1% of nurses performed eye contact on family members of patient while they were interaction each other with the distance of communication were about 30-50 cm. 72.3% of nurses were open stance in communication, and 66.0% of them provide well informed consent before the intervention of nursing care.

On the other hand, negative behaviour in communication were revealed in this study such as 80.9% of nurses did not asking the identity of family members, 74.5% of nurses were also did not provide opportunity to family members to ask, and 68.1% of nurses involved of conflict with family members.

Based on Table 2, it showed that from 47 respondents who were as family members of patient, 52.3% of them were in moderate level of anxiety before communicate to nurses, and 31.9% of them were in high level of anxiety. However, after they were communicate to nurses, the result showed that 34.0% of them were in low level of

anxiety and 42.6% of them were in moderate level of anxiety.

Table 2: The level of anxiety of family members before and after communicate with nurses in emergency room of dr. Dradjat Prawiranegara hospital.

Level of anxiety	Before		After	
	N	%	N	%
Low	7	14.9 %	16	34.0 %
Moderate	25	53.2 %	20	42.6 %
High	15	31.9 %	11	23.4 %
Total	47	100 %	47	100 %

According to Table 3, it showed that there was significantly different mean score of anxiety of family members between before and after they communicate with nurses. The mean score were 55.02 and 49.85 respectively, and $p < 0.01$.

Table 3: The difference means score of anxiety of family members before and after they communicate with nurse in emergency room of dr. Dradjat Prawiranegara hospital.

Anxiety	Mean	SD	SE	p value	N
Before	55.02	11.056	1.613	0.001	47
After	49.85	13.694	1.997		

Based on data shown in Table 4 that the majority (72.3%) of family members of patient were female who were in moderate level of anxiety (50.0%) and severe anxiety level (29.4%). Regarding the relationship with patient, 50.0% mother of patient showed severe anxiety. On the other hand, 100.0% family members of patient who

recognized as husband showed mild anxiety levels. Furthermore, from the characteristics of the age of the respondents found that 78.7% of respondents were aged over 20 years old with moderate and severe level of anxiety that are 45.9% and 29.7% respectively.

Based on Table 5, the results by using Spearman's Rho showed that there was a significant correlation between anxiety of family members and the communication performed by nurses in emergency room, with p value 0.000 ($p < 0.01$). Then the direction of correlation coefficient values indicated negative between the two variables -0.765. It means that the more effective the communication is made by nurses, the lower the level of anxiety experienced by the family members.

Table 4: Level of anxiety of family members based on characteristics.

Characteristics	Frequency (%)	Level of anxiety		
		Low	Moderate	High
Gender				
Male	13 (27.7%)	69.2%	23.1%	7.7%
Female	34 (72.3%)	20.6%	50.0%	29.4%
Relationship with patient				
Son/daughter	15 (31.9%)	46.7%	33.0%	20.0%
Father	1 (2.1%)	0.0%	100.0%	0.0%
Mother	6 (12.8%)	16.7%	33.3%	50.0%
Wife	19 (40.4%)	10.5%	63.2%	26.3%
Husband	6 (12.8%)	100.0%	0.0%	0.0%
Age				
< 20 years old	10 (21.3%)	70.0%	30.0%	0.0%
> 20 years old	37 (78.7%)	24.3%	45.9%	29.7%

Table 5: The bivariate analysis of relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital.

	Pearson (r)*	p value*
The application of nurse communication and level of anxiety of family patient	-0.765**	0.000

DISCUSSION

Description of communication of nurse in emergency room, dr. Dradjat Prawiranegara Hospital, Serang, Indonesia

In the process of implementation, the nurse in Emergency room of dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang-Banten, despite the situation with high number of patients who enter Emergency Unit are not equal to the number of nurses, they are responsible and still perform effective communication. This is shown in which communicating

with the family most of the nurses to be open, to introduce themselves before communicating and dressed neatly as using attributes nurses while communicating, using clothes or uniform in accordance with the operational standards prevailing at the hospital. All these result are reflects that nurses are able and ready in creating a trusting relationship, because by introducing them self at the beginning to communicate is fundamental to build a trusting relationship as well as a part of a very important element in interpersonal relationships.

Dressed neatly showed self-concept of being good nurse. Nurse who dressed neatly can affect the perception of family to care / nursing care rendered, because each family had different point of view regarding how a nurse in appearance. So even with the nurses open stance in communication, but they are always reflects that nurses have a healthy personality, with their openness to the family, and family will feel safe when communicating with nurses. Open stance in communication of nurses in this study is described by the posture of nurse who does not fold his hands while communicating, responding to

respond and properly of every complaint disclosed to family, to communicate regardless of their ethnicity or race of the family as well as greetings, smiles. Shows empathy and friendly to what happened to a family emergency patients today is affect to get into family life in order to feel the thoughts and feelings they experienced without involving the emotions is the way nurses maintain a therapeutic relationship with the family.

Clarity of information regarding measures to be taken to the family of the patient in detail and clear and in a language easily understood by the family, resulting in the family will be easier to respond and digest the message and information delivered by nurses. It including make the family knowledge and information is one of the needs of families in the emergency unit will be expanded and increased, so that feelings of worry, anxiety and fear about the condition of the family members will be reduced. It is related with the previous research conducted, which revealed that a family needs information through communication between the nurse and them self.⁸

Level of anxiety of family patient before and after communicate with nurse in emergency room of dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang, Indonesia

The results of this study support previous studies, which suggest that the emergency room is one of the most challenging and can lead to stress problem such as anxiety and depression for family members.¹ Likewise, another study were identified that not a few families who are experiencing emotional changes, such as anxiety, fear of death to family members as well as the changing role of the new environment for the family when he found one member families in emergency condition.⁸

Furthermore, some factors affect to the anxiety level of family in emergency room including the severity of disease, emergency situation, trauma neurology, heart disease and lung disease.¹⁴ The previous study showed that head injury is one of hardship situation for family patient. Related to Bantennese culture, if someone diagnosed head injury resulted in unpredictable situation. Both point of view between previous study and culture showed that head injury become situation which family of patient increase their anxiety due to the condition of their relatives who are in sick.¹⁵

In depth, the results of this study also identified that the anxiety of someone on the condition of patient suffered from pain, is affect to the level of anxiety of family. Data obtained from the results of this study revealed that respondents who identified as mother of patient experienced severe anxiety, unlike respondents as husband and father who are in moderate level of anxiety. In line with the previous research showed that mother is significantly more anxious than fathers.¹⁶ Basically, parent has the nature of a worrier, but many of them will

be more anxious during certain situations due to mother especially spend her time most with her child. In addition, many mothers are more sensitive to the risks that occur in children than in men.¹⁷

Relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara Hospital

The Implementation of the communication of nurse involve eye contact, being open, empathetic, calm and friendly tone of voice and using clear and easily understood.² Through dimensional response when communicating which is very important in creating a touch, nurse can build trust with the family easily, including expressed and showed sincerity, honesty, openness and respond actively, respect and accept the family as they are, avoid judgmental, criticize and insult. On the other hand, through empathy is a way to build a therapeutic relationship to be able to reduce the anxiety experienced by the family. An effective communication of nurse is impact on decreasing the level of anxiety of the family patient. It because of family feels the interactions with nurses perceive as an opportunity to share knowledge, feelings and information in order to achieve optimal nursing care. Families will be able to explore feelings, concern in the face of such hardship situation and find out advice and knowledge with effective communication, as a result the family will be able to understand and accept the conditions of family members.¹⁸

Thus, the results of this study as a point of reference that effective communication of nurse in Emergency room is essential to perform as well as other skill competencies that nurse have to do, such as knowledge, technical skill and client assessment of patients. Effective communication recognized as major component of the part of nursing process in emergency room. In line with previous study showed that effective communication is a very important element in professional nursing practice and good communication skills will maintain effective relationships within the whole environment of professional practice and also help meet the service legally, ethical and clinical.¹⁹

Nurses who are able to build good critical thinking skills are a good communicator. They are also able to integrate their theoretical knowledge regarding communication with personal experiences, interprets the received messages, analyze the contents, concluded its meaning, evaluating its effects, explaining the reason for the purpose of communication techniques and personal communication skills will encourage good communication and effective.²⁰ If the nurse is evaluate the communication process, it is effect on the anxiety experienced by the family as well as specific problems or errors that could potentially be identified, because of the openness between nurses and families can reduce the level of anxiety.²¹

The high number of communication perform by the nurses in this study affect to the low levels of anxiety of the family, and therefore impact to the success of care and treatment of emergency patients.

The state of emergency is a transitional role, where the role will be mainly taken up by the family and one of them is decision-maker. As to what was stated in previous study that effective communication between nurses with a family of emergency patient can avoid the failure of decision-making of family. It is because of the rich information provided by the nurse through effective communication.⁸

Limitations

Even though this study has achieved the aims, however some limitation recognized to be solving in the future research. Multiple data collector supposes to be conducted in this study, but in implementation of this study, only one numerator as data collector. Therefore, the observation of the communication between nurse and family patient observe by one numerator.

CONCLUSION

The implementation of communication between nurses and patients' family in emergency room is important, so that the comprehensions of nursing care can be accomplish. This is because the effective communication significantly impact to the decreasing of level anxiety in patient's family when their relative under treatment in emergency room. Besides that, an inappropriate decision-making conducted by the family can be reducing through the effective communication between nurse and family of patient.

Recommendations

Nurse is required to be able to perform their communication effectively due to resulting in positive way of emotional of family, and this is encourage in order to avoid the mistakes in determining of decision-making.

Funding: No funding sources

Conflict of interest: None declared

Ethical approval: The study was approved by the Institutional Ethics Committee

REFERENCES

- Rusinova KR, Kukul J, Simek JR, Cerny V. Limited Family Members/Staff Communication in Intensive Care Unit in the Czech and Slovak Republics Considerably Increases Anxiety in Patients Relatives - the DEPRESS study. *BMC Psychiatry*. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24467834>.
- Suryani. *Therapeutic Communication Theory and Practice*. Second Edition. Jakarta: EGC. 2015
- Davidson JE. Family centred care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. 2009;29(3):28-34.
- Leech T. *Say It Like Shakespeare: How to Give a Speech Like Hamlet, Persuade Like Henry V, and Other Secrets from the World's Greatest Communicator*. New York: McGraw Hill Professional. 2001.
- Woloshynowych M, Devis R, Brown R, Vincent, C. Communication Patterns in a UK Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2007;50(4):407-13.
- Morton PG, Fontaine D, Hudak CM, BM Gallo. *Holistic Approach Critical Care*. Alihbahasa: Nike Budi Subekti, et al. Jakarta: EGC. 1(8);2011.
- Nelms T, Eggenberger S. The Essence of the Family Critical Experience and Nurse. *Family Meetings*. *J Fam Nurs*. 2010;16(4):462-86.
- Halgrimsdotir EM. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9(4):611-9.
- Urden, Linda D, Stacy, Kathleen M, Lough, Mery E. *Critical Care Nursing-Diagnosis and Management*. 6th Edition. United States: Mosby Elsevier. 2010.
- Hickman RL, Douglas SL. Impact of Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. *AACN AdvCrit Care*. 2010;21(1):80-91.
- Tilton SR. *Review of The State Triat Anxiety Inventory (STAI)*. NewsNotes. 2008.
- Adistic F. *Effect of Therapeutic Communication on Anxiety Levels Parents Children admitted to the PICU and NICU room dr. Hasan Sadikin*. [Master's thesis]. Indonesia: University of Padjadjaran. 2012
- Fatriansari, A. *Relations Therapeutic Communication Nurse Child and Family Satisfaction Levels that children live Hospitalization in hospitals Al-Ihsan Provinsi Jawa West*. Indonesia: University of Indonesia. 2012.
- Kawakami C, Matsuoka M, Taki K. A study on the factors influencing the anxiety of family members in the emergency department. *Fukuoka Igaku Zasshi*. 2004;95(3):73-9.
- Hofmann SG, Asnaani MA, Hinton DE. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depression and Anxiety Journal*. 2010;27(12):1117-27.
- Norberg, AL, Lindblad F, Boman KK. Parental traumatic stress during and after pediatric cancer treatment. *Acta Oncologica*. 2004;44 (4):382-8.
- Scrimin S, Haynes M, Altoc G, Bornstein MH, Axia G. Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h After their child's surgery. *Child Care Health and Development*. 2009;35(2):227-33.
- Potter PA, Perry AG. *Fundamentals of Nursing: Fundamentals of Nursing*. Translator: Adrina Ferderika. Jakarta: Salemba Medika. 2009;7(1).

19. Kathleen JA, Wendy M, Nancee H. Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordinations: Professional Nurse Communication Skill Set in Health Care Team Interaction. *J Prof Nurs.* 2006;22(3):180-9.
20. Chitty KK. *Professional Nursing Concept and Challenges.* 4th edition. St. Louis: Mosby; 2005.
21. Keliat BA. *Professional nursing practice model soul.* Jakarta: EGC; 2009.

Cite this article as: Lukmanulhakim, Suryani, Anna A. The relationship between communication of nurses and level of anxiety of patient's family in emergency room dr. Dradjat Prawiranegara hospital, Serang Banten, Indonesia. *Int J Res Med Sci* 2016;4: 5456-62.



Correlation Between Nurse Therapeutic Communication and Anxiety Levels of Patients' Families in the ICU of X Regional General Hospital, Sukabumi

1st Erna Safariyah
Universitas Muhammadiyah Sukabumi
Sukabumi, Indonesia
emasafariyah24@gmail.com

2nd Tara Indra D
STIKES Sukabumi
Sukabumi City, West Java, Indonesia

3rd Melani Kusdayani
STIKES Sukabumi
Sukabumi City, West Java, Indonesia

Abstract—Intensive care unit is one of a unit care for patients with critical condition. This condition can cause patient's family feel anxious. Communication skill by nurse can help patients and their families to communicate their feelings more effectively. This research aims to reveal The Correlation of Nurses' Communication with Anxiety Levels of Patients' Families in the ICU. This research used a correlation study with cross sectional approach. The population amounted 34. Samples amounted to 34 respondents. The technique selection of respondents are using accidental sampling. The validity test of therapeutic communication of 15 statements 3 invalid items and the reliability value of 0.709. Bivariate analysis used Somers'D test. Research concluded that most of respondents had perception of nurses' therapeutic communication are adequate (50%) while some respondents experience mild anxiety (38,2%). The results of the Somers'D test revealed P-value = 0.027. Based on the research concluded that there is a relationship between Nurses' therapeutic communication with Anxiety Levels of Patients' Families in the ICU. It is recommended that ICU nurse to improve verbal and non-verbal communication skill.

Keywords—Therapeutic, Communication, ICU

I. INTRODUCTION

Intensive Care Unit (ICU) is a part of hospital service that specifically provides health care and treatment to patients suffering from acute illnesses, injuries or life-threatening complications or potentially life-threatening but considered to still have a life expectancy (Kemenkes RI, 2012).

Treatment in the ICU is identical to the equipment to support patients in critical conditions such as ventilators and defibrillators. The ICU treatment room is intended for patients with conditions that are quite severe and life-threatening so that this situation makes the patient's family anxious. During treatment, thoughts about spiritual distress, death, family dysfunction, sorrow, despair, helplessness, and many other emotional feelings can appear as part of the coping mechanism of individual patients, health team members, and their families or their closest people. (Morton, 2013).

Treatment in an Intensive room is usually equipped with equipment that can support the lives of patients with critical conditions such as ventilators, cardio monitors,

and others. The patient's condition is attached to various life support devices sometimes making the patient's family anxious. Families whose members are being cared for especially in critical conditions will usually experience stress, grieve, despair, helpless and various emotions (Morton, 2013).

Accompanying or waiting for critical patients treated at the ICU is a traumatic experience for the family (Soderstorm, Saveman, Hagberg, & Benzein, 2009). This is because the families of patients treated in the ICU are required to be able to make the right decisions for the sake of survival or maintain the quality of life of patients (Pochard et al., 2005). So that the patient's family often experiences psychological problems, one of them is anxiety.

According to Morton (2013), "Severe illness will separate patients from their families". With the installation of invasive devices and breathing aids such as ventilators, critical patients are usually at risk of infection. So there is a limit on the number of family visits to the ICU. This causes the patient's family become anxious, family will feel that they lost their role to care the patient and cannot accompany the patient.

Family-Centered Care is an approach that can be done because in this approach there is a reciprocal relationship between treatment providers, patients, and families so that it will minimize conflicts that have arisen as a result of lack of information and communication. Family-Centered Care can be practiced in all stages of age and various backgrounds. (Kusumaningrum, 2017)

Separation of family members from patients can cause stress and anxiety for family members. Families must depend on and give trust to nurse for patient nursing treatment. If the patient's family already believes in the nurse, so that the patient's family will more easily open to the nurse. This will clarify the giving and receiving of information, as well as expanding the communicant to achieve the intent (Wulandari, 2009).

Based on the research results of Govcia et al. (2017) States that "there is correlation between nurses' therapeutic communication with the patients' family anxiety in critical care units" with $p=0,001 \leq 0,05$. Nurses are recommended increasing knowledge to improve the

personal quality of nurses, by attending the therapeutic communication training.

Accurate and trusted information is very much-needed by the patients' family, because the patients who enter the Intensive care unit need immediate and appropriate action. And this has an impact on the patient's family if the nurse does not provide information first to the patient's family about handling to the patient, then the patient's family will no longer trust the nurse and this situation often becomes a conflict or problem between the patient's family and the nurse in the ICU.

According to Health Ministry Regulation No.660/Men-Kes/SK/IX/1987 completed with a circular letter from the Director-General of Medical Services No.105/Yan.med/RS.Umdik/Rw 1/88 about the standard of health nursing practice in hospitals meeting the needs of patient communication is a standard of nursing intervention. One of the factors causing fear or anxiety in the family during the patient in the hospital one of them is the nurse's therapeutic communication. Families will experience anxiety and disorganization of feelings when family members experience an illness that must be treated in hospital and this will be more clearly found in the hospital's critical care unit.

Assertive communication in professional nursing practice is very influential or helps patients and their families in the healing process or fulfill their basic needs and provides a feeling of calm without anxiety during a hospitalization. (Rahayu, 2016).

The ICU room at Regional General Hospital X has 14 nurses, which their task divided into 3 shifts, and it consist of nurses for each shift. During these 3 months, the total of ICU patient are 124, There are 26 patients in December 2017, 41 patients in January 2018, and 35 patients in February 2018 (Buku Kunjungan ICU, 2018). Another factor that cause the family's patients anxiety in ICU is the total of patient mortality in ICU is quite high as 103 patients.

The preliminary study was conducted by interviewing 5 respondents with the results of the interview in the ICU, the following results were obtained: 3 families of patients stated moderate anxiety such as anxious, fear, nervous, irritability, fatigue, a good deal of urination, cold sweating, insomnia and 2 families of patients stated normal anxiety such as a good deal of urination and cold sweat. Based on the results of interviews about therapeutic communication obtained data 3 families of patients said

that communication between the nurse and the patients' families was lacking. 2 patients' families said nurses were good enough in communication with families about the patient's condition.

Communication is a very special and meaningful process in human relations. In the nursing profession, communication becomes more meaningful because it is the main method of implementing the nursing process. Factors' causing fear or anxiety in the patient and his family during the patient in the hospital, one of them is the therapeutic communication factor of the nurse. Families will experience anxiety and disorganization of feelings when family members experience pain that must be treated in hospital.

Based on this background, the researcher will identify "The Correlation of Nurse's Therapeutic Communication with Anxiety Level of Patients' Family In Critical Care Unit of Regional General Hospital X".

II. METHODS

The methods of this study is a correlational study, with a cross sectional approach. The aim of this research is to identify "The Correlation of Nurse's Therapeutic Communication with Anxiety Level of Patient's Family in Critical Care Unit Room of X Regional General Hospital".

Population in this study was all patients' families of ICU at Regional General Hospital X of Sukabumi 205 people with an average of 6 months per month. The sample of this research was 34 respondents, use an accidental sampling technique.

The independent variable in this study is nurse therapeutic communication. The independent variable in this study is the level of patient's family anxiety in the ICU.

The validity tests used by Pearson product-moment. The validity test results of the nurse communication instrument from 15 statements of 3 items were invalid. The reliability tests used by Cronchbach Alpha and categorized into Guilford's Empirical Rule. Obtained a reliability test value of 0.709.

Univariate analysis for therapeutic communication used percentages, while the measurement of anxiety levels used the Zung Self Rating Anxiety Scale. Bivariate analysis used the Somers'D test.

III. RESULTS

TABLE 1. FREQUENCY DISTRIBUTION OF RESPONDENT CHARACTERISTICS (N=30)

Respondent Characteristics	F	%
Age		
– 18-30	8	23.53
– 31-40	15	44.12
– 41-50	5	14.7
– > 50	6	17.65
Gender		
– Male	18	52.9
– Female	16	47.1
Number of Hospitalization Days		
– > 3 Days	9	26,5

- 3 Days	25	73,5
Sources of Information on Patient Conditions		
- Doctor	15	44,9
- Nurse	19	55,1
Relation with Patients		
- Child	18	52,9
- Wife	9	26,5
- Siblings	2	5,9
- Husband	5	14,7

In Table 1 it is found that all respondents included in the middle-aged adult category were 44.12% having the gender of most male as much as 52.9%. The patient waited for 3 days, as much as 73.5%. Information about the

patients' condition mostly from Nurses 55.1%. 52,9 % Family relations with patients are children.

TABEL 2. FREQUENCY DISTRIBUTION BASED ON NURSE COMMUNICATION

No	Therapeutic communication	Frequency	
		Total	%
1	Good communication	13	38.2
2	Adequate communication	17	50.0
3	Lack communication	4	11.8
Total		34	100

Table 2. showed that the majority of patients' family perceptions in ICU room of Regional General Hospital X of Sukabumi regarding nurse therapeutic communication is adequate, as many as 17 respondents (50%) and a small

percentage of patients' family perceptions in ICU room assume nurses' therapeutic communication is less as much 4 people (11.8%).

TABEL 3. FREQUENCY DISTRIBUTION BASED ON ANXIETY LEVEL

No	Anxiety Level	Frequency	
		Total	%
1	No Anxiety	12	35.3
2	Mild Anxiety	13	38.2
3	Moderate Anxiety	9	26.5
Total		34	100

Table 3. showed that the majority of patients' families experienced mild anxiety as many as 13 respondents (38.2%) and a small portion of the family of ICU patients

of Regional General Hospital X experienced moderate anxiety, namely as many as 9 people (26.5%).

TABEL 4. FREQUENCY DISTRIBUTION OF CROSS TABULATION NURSE THERAPEUTIC COMMUNICATION BASED ON ANXIETY LEVEL

Therapeutic Communication	Keccemasan						Total	%
	Mild	%	Moderate	%	No Anxiety	%		
Good	3	23.1	2	15.4	8	61.5	13	100
Adequate	9	52.9	5	29.4	3	17.6	17	100
Lack	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	100
	13	38.2	9	26.5	12	35.3	34	100

that is adequate

Table 4. showed that most (17 out of 34 respondents) the patient's family perception about nurse communication

communication quite likely to experience mild anxiety as many as 9 people (52.9%)

lacking communication experiencing moderate anxiety levels of 2 people (50.0%). While the rest ((13 out of 34 respondents) the patient's family perception about nurse communication that is good communication tends not to experience anxiety as many as 8 people (64.3%).

and a small portion (4 of 34 respondents) the patient's family perception about nurse communication that is

TABEL 5 . RELATIONSHIP OF NURSE THERAPEUTIC COMMUNICATION WITH ANXIETY LEVELS

Independent variable	Non-dependent variable	P-Value
Nurse therapeutic communication	The level of anxiety of the patient's family in the ICU	0.027

Table 5. showed the Somers'D Statistics test results obtained P-value = 0.027 means P-value <0.05. This value means that there is a correlation between nurses' therapeutic communication and the level of anxiety of patients' families in the ICU X Regional General Hospital, Sukabumi Regency.

IV. DISCUSSION

Family perceptions about nurses' therapeutic communication, most of which assess nurses as having enough/adequate communication, can be caused due to the source of information about patients obtained by the family mostly comes from nurses. The Table 1 shows that 55,9 % patients' families in ICU have information about patients condition from nurses.

This is also supported by Priyoto's theory (2015) therapeutic communication is a communication made by a nurse with a patient or a nurse with a patient's family based on a relationship of trust in which there is a healing art of communication. In communicating between nurses and patients' families, nurses must build a sense of comfort, security, and trust in the family.

Assertive communication in professional nursing practice is very influential or helps patients and their families in the healing process or in fulfilling their basic needs and provides a feeling of calm without anxiety during a hospitalization. (Rahayu, 2016).

According to the analysis of the researcher, the patient's family in ICU Sekarwangi Regional General Hospital, Sukabumi Regency, most of whom had the perception of nurses' therapeutic communication was sufficient/adequate based on field observations because nurses had made appropriate therapeutic communication to the patient's family.

One of them is like a nurse who interacts with the patient's family, because the information which were given by the nurses are easily to understand. The anxiety of the patient's families treated in the ICU was mostly mild anxiety and a small proportion experienced moderate anxiety. Mild anxiety can be caused by tensions in daily life that cause a person to be alert and increase the area of perception (Chotimah, et al.). Bolosi (2018) in his study stated that patients' family anxiety usually fluctuated and continues to develop, and this is caused by the severity of

the patient's condition. Another factor that caused patient family anxiety in the ICU is family relationships with patients. This is supported by Table 1 which showed that most patients in the ICU Sekarwangi Regional General Hospital Sukabumi Regency who are experiencing anxiety have close family relationships and are members of the nuclear family with patients, like being the child, siblings, wife or husband. Day, et al (2013) in his study showed that the families of patients in the ICU room tended to experience sleep disorders and mild anxiety.

The length of stay and the length of time a family member waits for patients treated in the ICU will cause anxiety. Critical patients who are treated in the ICU Room for a sufficient period of time can be stressors for the patient or family, so that it can cause anxiety (Turiman, 2009). The longer the patient is treated, the higher the anxiety level of the patient's family. Rosidawati and Hodijah (2019) in their study stated that patients with long length of stay, their families experienced 100% anxiety. In this study shows the length of stay of patients is one to 3 days, so in this case the level of family anxiety is still in the mild category.

Other factors that affect anxiety levels are age and gender. According to Kaplan and Sadock (1997) anxiety disorders can occur at any age, more often in adulthood and women. Research by Lutfu and Maliya (2007) shows that the correlation between age and anxiety is obtained $R^2 = 0.35$, meaning that the patient's age variable 'gives an effect of 35%' to the tendency of decreasing patient anxiety. In this study the majority of patients' families were in the age range of 31 to 40 years, and most respondents were male.

Somers'D statistical test results obtained P-value = 0.027 means P-value <0.05 then H1 is accepted, this shows that there is a relationship between nurses' therapeutic communication with the level of anxiety of patients' families in the ICU Sekarwangi Regional General Hospital Sukabumi Regency. This is supported by the results of research conducted by Loihala (2015) there is a relationship between nurse therapeutic communications with the level of family anxiety treated

in the HCU room at Sele Be Solu Hospital in Sorong City with a P-value of 0.001.

Table 5 showed that the most of patients' family perceptions about nurse communication that is adequate communication quite likely to experience mild anxiety, and a small portion of patients' family perceptions about nurse communication that is communication experience less moderate anxiety levels. While the rest of the family's perception of nurse communication is good communication tends not to experience anxiety. The better the nurse's communication then the patient's family does not experience anxiety.

For patients' families who have good communication perceptions of nurses but are still experiencing anxiety, the researcher argues that it is caused by severe illness experienced by patients. In a simple interview conducted by the researcher that according to the family, the patient's illness that often recurred and the patient was often treated for their illness caused the family to worry, especially if the patients treated in the ICU. Because of the ICU is a critical patient care room that is life-threatening or potentially life-threatening. Another factor that causes the patient's family to still have anxiety even though the nurse's communication is good is because the separation of the family from the patient and family cannot visit the patient every time. The location of ICU patient care at Sekarwangi Regional General Hospital, Sukabumi Regency is closed and is separated from the patient's family waiting room. According to Morton (2013), severe illness will separate patients from their families. In this condition, the role of the family to the patient is reduced because there is not much involvement in patient care and cannot accompany the patient in the ICU every day, so the family will experience anxiety.

The communication aspect of nurses in the ICU room is very important, given that the ICU room is a room for treating patients in critical conditions that require immediate and ongoing attention. Dewi (2014) stated that nurses played an important role in providing care to critical patients or family as a whole both biological, psychological, social and spiritual. Quality family communication is the core of the art and science of nursing. Good communication has a significant impact on patient welfare as well as the quality and outcome of nursing care because good communication will affect the patient's family satisfaction with nursing treatments (Loghmani, et. Al, 2014)

V. CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS

The results showed that most of the patients' family perceptions regarding the therapeutic communication of nurses in ICU X Regional General Hospital, Sukabumi Regency were sufficient and most of the patient families in the ICU room experienced mild anxiety. So it can be concluded that there is a relationship between Nurse's therapeutic communications with the level of anxiety of the patient's family in the ICU of X Regional General Hospital, Sukabumi Regency.

It is expected that ICU nurses of X Regional General Hospital, Sukabumi Regency can provide better therapeutic communication to patients' families, to reduce the level of patient's anxiety. It is also expected that nurses will be able to provide further information to the patient's family about the patient's condition.

Suggestions for future researchers are to be able to continue the research in the same or different places but by looking for other anxiety factors and combining the ZungSelf Rating Anxiety Scale questionnaire by taking more population.

REFERENCES

- [1] Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- [2] Arikunto, P. D. (2016). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- [3] Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- [4] Badrya, L. (2014). *Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Mahasiswa Kedokteran Laki-Laki Dan Perempuan Angkatan 2011 FKIK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Dalam Menghadapi Ujian OSCE*.
- [5] Baihaki, A. (2015). *Hubungan Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Icu Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senapati Bantul Yogyakarta*.
- [6] Budiana, J. (2017). *Modul Analisis Data Penelitian: Aplikasi Dengan SPSS 16.0*. Sukabumi: Program Studi S1 Keperawatan Stikes Sukabumi.
- [7] Damaiyanti, M. (2010). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Reflika Aditama.
- [8] Friedman, M. M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik, Ed.5*. Jakarta: EGC.
- [9] Goveia, E., & dkk. (2017). *Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pada Pasien Yang Dirawat Di Unit Perawatan Kritis Rumah Sakit Unisma*.
- [10] Hidayat, A. A. (2008). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- [11] Kusumaningrum, A. (2010). *Aplikasi Dan Strategi Konsep Family Centered Care Pada Hospitalisasi Anak Pra Sekolah*.
- [12] Mushiha, S. N. (2009). *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- [13] Nafidianto, A., & Armiyadi, M. (2016). *Komunikasi Terapeutik Dan Kecemasan Keluarga Di Ruang Icu Rstik-li Kesdam-Im Banda Aceh*.
- [14] Nasir, A., & dkk. (2009). *Komunikasi dalam Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- [15] Nurhasanah, N. (2010). *Ilmu Komunikasi Dalam Konteks Keperawatan Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- [16] Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- [17] RI, D. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*.
- [18] Styani, E. (2017). *Persepsi Keluarga Tentang Waktu Berkunjung Di Intensive Care Unit (ICU)*.
- [19] Sugiyono, P. D. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- [20] Sujarweni, W. (2014). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- [21] Tumbuan, F. C., & dkk. (2017). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepercayaan Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit (Icu) Rsu Gmim Kalooran Amurang*.
- [22] Yosep, H. I. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Bandung: Reflika Aditama.

Lampiran 3

Jurnal 3

**HUBUNGAN ANTARA KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN
TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RUANG INTENSIVE
CARE UNIT**

*The Relationship Between Therapeutic Communication and Family Patient'
Anxiety in The Intensive Care Unit*

Kun Ika Nur Rahayu

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kediri,
Jl. Selomangleng No 1 Kediri
Email: kunikanurrahayu@gmail.com

ABSTRAK

Banyak faktor penyebab terjadinya kecemasan dalam diri pasien dan keluarganya selama dirawat di ruang ICU. Salah satunya faktor komunikasi terapeutik perawat. Komunikasi terapeutik dilakukan dengan tujuan membantu pasien dan keluarganya mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang Intensive Care Unit RSUD Pare Kab Kediri tahun 2013. Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* RSUD Pare Kab Kediri dengan jumlah sampelnya 30 orang yang dipilih dengan teknik *quota sampling*. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini komunikasi terapeutik telah diberikan perawat dengan baik, yaitu sebanyak 29 (96,7 %) responden dan hanya 1 (3,3 %) responden yang merasa komunikasi terapeutik diberikan dengan cukup. Dari tingkat kecemasan keluarga diketahui 10 (33,3 %) keluarga mengalami kecemasan ringan dan berat (panic). Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji statistik *Rank Spearman* dengan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari pada α (0,05), artinya tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* RSUD Pare Kab Kediri tahun 2013.

Kata kunci : Kecemasan, Keluarga Pasien, Komunikasi Terapeutik

ABSTRACT

Many cause factor the happening of anxiety in patient x'self and its family during taken care of in room of ICU, one of them communications factor of terapeutik nurse. communications of Terapeutik done with a purpose to assist patient and its family lessen feeling burden and mind and also can bring an action against effective. This research aims to analyze relation between therapeutic communications to patient family's anxiety in Intensive Care Unit Local Government Hospital Pare, Kediri in 2013. This research is analytic correlation with cross sectional approach. Population in this research were all patient families in Intensive Care Unit Local Government Hospital Pare, Kediri and total simple was 30 the people selected by quota sampling. This research resulted in almost (97.7 %) responder got therapeutic communications and only 1 (3.3 %) responder feel therapeutic communications given by enough. From patient family's anxiety level known 10 (33,3 %) family have light anxiety and heavy anxiety (panic). The statistic test deployed in this research was Rank Spearman 0,233; higher than α (0,05), mean there's no relation between therapeutic communications to patient family's anxiety level in Intensive Care Unit Local Government Hospital Pare, Kediri in 2013.

Keywords : Anxiety, Patient Family, Therapeutic Communication

Pendahuluan

Kecemasan merupakan pengalaman emosi yang tidak menyenangkan dalam kadar yang bervariasi mulai dari perasaan cemas ringan sampai ketakutan yang intensif, yang berhubungan dengan ancaman bahaya. Hal ini biasanya diiringi oleh perubahan-perubahan somatis, fisiologik, autonomik, biokimiawi, hormonal dan perilaku yang spesifik (Drajat, 2001).

Masuknya pasien ke dalam ancaman sakit yang berada pada rentang hidup atau mati akan mengancam dan mengubah homeostasis keluarga untuk beberapa alasan. Lebih dari rasa takut yang nyata tentang kematian, pengaruh terhadap anggota keluarga yang dirawat dirasakan oleh keluarga. Tanggung jawab pasien sekarang ditambahkan pada tanggung jawab orang lain, bila tanggung jawab ini ditinggalkan anggota keluarga akan mengalami berbagai tingkat ketidaknyamanan (Hudak dan Gallo, 1997).

Banyak faktor penyebab terjadinya kecemasan atau *ansietas* dalam diri pasien dan keluarganya selama pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat. Komunikasi terapeutik dilakukan dengan tujuan membantu klien (pasien dan keluarga) untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri (Indrawati, 2003).

Studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 24 Juli 2013 menunjukkan bahwa dari 7 keluarga pasien yang MRS ada 5 keluarga yang menyatakan cemas dan 2 keluarga menyatakan biasa karena pasien her opname yang berarti telah memiliki pengalaman.

Berkomunikasi yang asertif dalam praktek keperawatan profesional sangat berpengaruh atau membantu pasien dan keluarganya dalam proses penyembuhan atau dalam memenuhi kebutuhan dasarnya serta memberikan perasaan

tenang tanpa kecemasan selama dirawat di rumah sakit

Metode

Rancangan penelitian ini adalah analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah semua keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013. Dengan jumlah sampel 30 responden yang diambil dengan teknik Quota sampling. Variable independen pada penelitian ini adalah komunikasi terapeutik dan variabel dependen adalah tingkat kecemasan keluarga. Indikator variabel komunikasi terapeutik adalah bertanya, mendengar, mengulang, klarifikasi, refleksi, focus, diam, memberi informasi, menyimpulkan, mengubah cara pandang, eksplorasi, membagi persepsi, identifikasi tema dan humor. Indikator tingkat kecemasan adalah perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatic, gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernafasan, gejala gastro intestinal, gejala uro genital, gejala otonom, dan perilaku sewaktu diwawancarai. Instrumen yang digunakan untuk menilai komunikasi terapeutik menggunakan kuesioner yang ditanyakan kepada sampel penelitian. Sedangkan untuk instrument tingkat kecemasan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Uji statistic yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Rank Spearman Correlation test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$.

Hasil

Tabel 1. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan jenis kelamin di RSUD Pare Kab Kediri

Jenis kelamin	f	%
Laki-laki	11	37
Perempuan	19	63
Total	30	100

Berdasarkan tabel 1 di atas dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar

dari responden mempunyai jenis kelamin perempuan yaitu 19 responden (63%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan usia di RSUD Pare Kab Kediri

Usia (th)	f	%
20 - 30 th	6	20
31 - 40 th	8	27
41 - 50 th	9	30
51 - 60 th	7	23
Total	30	100

Berdasarkan tabel 2 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden berusia 41-50 tahun yaitu 9 responden (30%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan usia di RSUD Pare Kab Kediri

Pendidikan	f	%
Tidak tamat SD	3	10
SD	4	13
SMP	7	23
SMA	8	27
PT	8	27
Total	30	100

Berdasarkan tabel 3 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden berpendidikan SMA dan Perguruan Tinggi yaitu sebesar 27%.

Tabel 4. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan pekerjaan di RSUD Pare Kab Kediri

Pekerjaan	f	%
Tidak Bekerja	7	23
Swasta	13	44
PNS	9	30
Pensiunan	1	3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 4 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden mempunyai pekerjaan swasta yaitu sebanyak 13 responden (44%).

Tabel 5. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan hubungan dengan pasien di RSUD Pare Kab Kediri

Hubungan dg pasien	f	%
Suami/istri	10	34
Anak	8	27
Orang tua	7	23
Saudara	5	16
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden mempunyai hubungan dengan pasien sebagai suami/istri yaitu sebanyak 10 responden (34%).

Tabel 6. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan tingkat kesadaran di RSUD Pare Kab Kediri

Tingkat kesadaran	f	%
Compos Mentis	5	17
Somnolen	3	10
Stupor	5	17
Semi koma	8	26
Koma	9	30
Total	30	100

Berdasarkan tabel 6 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden berusia 41-50 tahun yaitu 9 responden (30%).

Tabel 7. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan komunikasi terapeutik di RSUD Pare Kab Kediri

Komunikasi terapeutik	f	%
Tidak baik	0	0
Kurang	0	0
Cukup	1	3,3
Baik	29	96,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 7 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir seluruh responden menilai bahwa komunikasi

yang dilakukan perawat adalah baik yaitu sebanyak 29 responden (96,7%).

Tabel 8. Distribusi frekuensi kelompok responden berdasarkan tingkat kecemasan di RSUD Pare Kab Kediri

Kecemasan	f	%
Tidak ada	3	10
Ringan	10	33,3
Sedang	7	23,3
Panik	10	33,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 8 di atas dapat diinterpretasikan bahwa hampir setengah dari responden mempunyai tingkat kecemasan ringan dan panic yaitu sebanyak 33,3%.

Tabel 9 Data tabulasi silang komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang ICU di RSUD Pare Kabupaten Kediri

Komunikasi Terapeutik	Tingkat kecemasan									
	Tidak ada		Ringan		Sedang		Berat / panik		Frekuensi	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Tidak baik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kurang	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cukup	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,33	1	3,3
Baik	3	10,0	10	33,0	7	23,0	9	33,7	29	96,7
Total	3	10,0	10	33,3	7	23,0	10	33,3	30	100,0

Berdasarkan tabel 9 diatas dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden yang mendapatkan komunikasi terapeutiknya baik mempunyai tingkat kecemasan ringan yaitu 10 responden (33%).

Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Rank Spearman Correlation test* didapatkan nilai signifikan sebesar 0,233 yang berarti lebih besar dari nilai α (0.05). Hal ini menunjukkan bahwa H_1 ditolak dan H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang ICU RSUD Pare Kabupaten Kediri tahun 2013.

Pembahasan

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati, 2003) dengan langkah-langkah : bertanya, mendengar, mengulang, klarifikasi, refleksi, fokus, diam, memberi informasi, menyimpulkan, mengubah cara pandang, eksplorasi, membagi persepsi, identifikasi tema dan humor.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa semua keluarga pasien di ruang *intensive care unit* RSUD Pare Kabupaten Kediri telah mendapatkan komunikasi terapeutik sesuai dengan langkah-langkahnya walaupun langkah-langkah tersebut tidak semua dilaksanakan. Namun demikian secara umum komunikasi terapeutik yang telah dilakukan perawat dinilai keluarga pasien telah baik.

Langkah-langkah komunikasi terapeutik yang jarang dilakukan perawat menurut keluarga pasien adalah menyimpulkan keluhan pasien.

Menurut peneliti menyimpulkan keluhan pasien sangat baik dilakukan oleh perawat karena dapat dipakai sebagai dasar pasien dan keluarga pasien untuk mengambil keputusan dalam menangani pasien .

Sedangkan langkah-langkah komunikasi terapeutik yang selalu dilakukan oleh perawat menurut keluarga pasien bertanya dan mendengar menurut keluarga pasien bertanya dan mendengar keluhan pasien. Hal ini menunjukkan perawat telah mempunyai rasa empati terhadap keluhan pasien dan keluarganya dan berusaha mencari jalan pemecahan keluhan tersebut.

Hasil penelitian ini belum menggambarkan berapa perawat yang telah melakukan komunikasi terapeutik. Ada kemungkinan komunikasi terapeutik hanya dilakukan oleh sebagian perawat terhadap semua keluarga pasien sehingga hasil penelitian menunjukkan baik karena pada lembar observasi tidak mengungkapkan siapa atau berapa perawat yang telah memberikan komunikasi terapeutik.

Tingkat kecemasan keluarga pasien yang menjadi responden penelitian ini tidak merata, hal ini dipengaruhi oleh jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan kekerabatan dengan pasien.

Jika yang sakit adalah anggota keluarga inti; anak, ayah, ibu maka responden akan mempunyai tingkat cemas yang lebih tinggi dibanding dengan anggota keluarga yang lain. Respons cemas yang lebih tinggi kepada keluarga inti karena adanya kedekatan emosional yang lebih tinggi dibandingkan dengan anggota keluarga yang lain. Perasaan emosional yang tinggi ini akan menimbulkan perubahan-perubahan fisiologik dan psikologik yang lebih nyata dengan pengukuran aspek kognitif dan

afektifnya, apalagi tidak ada koping mekanisme dari dalam dirinya. Hal seperti inilah yang mengakibatkan tingginya tingkat kecemasan keluarga.

Pasien yang masuk atau dirawat di Ruang *Intensive Care Unit* akan mengancam dan mengubah homeostasis keluarga untuk beberapa alasan. Lebih dari rasa takut yang nyata tentang kematian, pengaruh terhadap anggota keluarga yang dirawat dirasakan oleh keluarga. Tanggung jawab pasien sekarang ditambahkan pada tanggung jawab orang lain, bila tanggung jawab ini ditinggalkan anggota keluarga akan mengalami berbagai tingkat ketidaknyamanan. (Hudak & Gallo, 1997).

Komunikasi terapeutik untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri klien dan keluarga. Pemberian informasi dan penjelasan melalui komunikasi terapeutik dapat dilakukan dengan baik apabila didukung oleh pelaksanaan komunikasi yang efektif (Hudak & Gallo, 1997).

Dari hasil penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan di ruang ICU RSUD Pare Kabupaten Kediri hal ini terlihat dari hasil penelitian ini karena pada penelitian ini masih ada keluarga pasien yang mempunyai tingkat cemas berat (panik) walaupun komunikasi terapeutik telah dilaksanakan oleh perawat dengan baik. Peneliti berasumsi komunikasi terapeutik tidak efektif untuk menurunkan tingkat cemas keluarga yang menjadi responden penelitian ini bila dilakukan pada saat yang tidak tepat, misal : pertama pasien masuk sehingga keluarga masih bingung persiapan yang harus dilakukan untuk pasien dan dirinya. Komunikasi sebaiknya diberikan dengan kesepakatan kedua pihak, dalam hal ini keluarga dan perawat sehingga kedua belah pihak merasa saling membutuhkan dan merasa saling membantu.

Penyebab lain tidak sesuai hasil penelitian ini dengan teori yang ada adalah intensitas komunikasi yang dilakukan. Penelitian ini hanya mencari jawaban keluarga pasien pernah menerima komunikasi terapeutik, tidak mengungkap berapa kali/intensitasnya dan apakah keluarga telah merasa terbantu dengan komunikasi yang telah diberikan. Sangat disayangkan bila perawat hanya memberikan komunikasi terapeutik tanpa menilai dampak

terhadap penurunan tingkat kecemasan keluarga. Penelitian ini belum dapat mengungkap hal-hal tersebut sehingga sangat tepat bila penelitian selanjutnya meneliti juga faktor intensitas dihubungkan dengan penurunan tingkat cemas keluarga setelah dilakukan komunikasi terapeutik.

Kesimpulan

Dari hasil penelitian didapatkan tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang *Intensive Care Unit* di RSUD Pare Kab Kediri Tahun 2013s.

Ketrampilan berkomunikasi bukan merupakan kemampuan yang kita bawa sejak lahir dan juga tidak akan muncul secara tiba-tiba saat kita memerlukannya. Ketrampilan tersebut harus dipelajari dan dilatih secara terus menerus melalui kemampuan belajar mandiri, penyegaran dan pelatihan terutama berhubungan dengan upaya untuk mendapatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang diperlukan Pelaksanaan komunikasi direncanakan dengan baik sesuai dengan situasi dan kondisi ruangan.

Bagi peneliti selanjutnya, peneliti berharap peneliti selanjutnya dapat mengungkap siapa atau berapa perawat yang telah memberikan komunikasi terapeutik karena pada penelitian ini belum menggambarkan berapa perawat yang telah melakukan komunikasi terapeutik. Peneliti selanjutnya juga dapat mengungkap faktor intensitas komunikasi terapeutik dihubungkan dengan penurunan tingkat cemas keluarga setelah dilakukan komunikasi terapeutik.

Referensi

- Arikunto, Suharmi (2002). *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan*
Praktik. Edisi Revisi V. Jakarta : Rineka Cipta.
- Effendy, N. (1998). *Dasar-Dasar Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.
- Friedman, Marilyn M. (1998). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.
- Harmoko, Yunus. (2007). *Info Buat Semua : Skoring Kecemasan Dapat Ditentukan*

dengan Gejala yang Ada dengan Menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale. [Internet]. Bersumber dari : <<http://yunus6500.blogspot.com/>>. [Diakses tanggal 8 Agustus 2009].

- Hudak dan Gallo. (1997). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Volume I Edisi VI, Jakarta : EGC.
- Kcliat, Budi Anna. (1992). *Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Notoatmodjo, Sockidjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurjannah, I. (2001). *Hubungan Terapeutik Perawat Dan Klien*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta.
- Nursalam dan Pariani, Siti. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Purwanto, H. (1994). *Komunikasi untuk Perawat*. Editor : Ni Luh Gede Yasmin Asih. EGC Jakarta.
- Ropi, Herwiyah. (2005). Profesionalisme Perawat dalam Praktek Keperawatan. *Majalah Keperawatan*. Vol. 6. Nomor XI.
- Stuart and Sunden .(1999). *Principles and Practice of Nursing Psychiatric*. 5th edition. Mosby Year Book. St. Louis Philadelphia.
- Stuart and Sunden. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. edisi 3 (alih bahasa). Jakarta : EGC.
- Sugiono, (2002). *Statistika Untuk Penelitan*. CV. Alfabeta. Bandung.
- Suryani.(2005). *Komunikasi Terapeutik : Teori dan Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAUPETIK VERBAL DAN NON
VERBAL PERAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN
KELUARGA PASIEN DI INSTALASI PERAWATAN INTENSIF
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN KUDUS**

Rizka Himawan, Dewi hartinah,

rizkahimawan@stikesmuhkudus.ac.id

dewihartinah@stikesmuhkudus.ac.id

Abstract

The results of a preliminary study showed that 2 families expressed an ggota nurses communicate in a language that is easily understood, and 3 family members stated that nurses in giving information many still use jargon, unintelligible so family members became worried. The research objective was to determine the relationship of therapeutic communication verbal and non-verbal nurse with family anxiety levels of patients treated in the Intensive Care Installation Kudus District General Hospital .

This type of research is a descriptive, cross-sectional approach. Samples as many as 37 family members who have relatives who were in the Installation Intensive Care. Sampling is done by consecutive sampling technique. Instrument nurse communication and anxiety using a questionnaire. Hypothesis testing research using correlation test Chi - Square.

Analysis using Person Chi- Square, showed Pearson che- square is greater than 7,565 chi – square table with df2 5.591 and look at the colum Asymp. Sig is 0.023 < 0.05 then Ho is rejected and Ha accepted means there is relationship therapeutic communication verbal and nonverbal nurse anxiety level of patients with family in the installation intensive care kudus district general hospital

Keywords: Therapeutic Communication, Anxiety, Intensive Care

LATAR BELAKANG

Perawat yang professional adalah seorang perawat yang memiliki dan menerapkan teknologi keperawatan dalam menjalankan praktek keperawatan. Ketrampilan tehnikal dan ketrampilan interpersonal dan menggunakan etika profesi baik dalam melaksanakan praktek profesi maupun dalam kehidupan profesi. Untuk meningkatkan mutu dan citra suatu rumah sakit, seorang perawat perlu adanya peningkatan komunikasi antar personal, khususnya dalam hubungan antar personal antara perawat dengan keluarga pasien. Sehingga perawat harus mempunyai bekal komunikasi dengan baik.(Mubarak, Chayatin, 2009).

Penelitian Dhian Satya Rachmawati tahun 2003 di Unit Perawatan Kritis Rumkital Surabaya, didapatkan dari 20 Responden sebgaiian besar mengatakan bahwa komunikasi verbal yang dilakukan perawat di unit perawatan kritis Rumkital Dr. Ramelan Surabaya adalah cukup 45% (9 orang) dan mengatakan baik adalah 35% (7 orang) dan mengatakan kurang 20% (4orang). Dari 20 Responden sebgaiian besar berada pada tingkat kecemasan sedang 40% (8 orang), kecemasan ringan 35% (7 orang), dan tingkat kecemasan berat 25% (5 orang).

Pada penelitian yang di lakukan Setiawan (2009), di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 84,6% responden mengalami kecemasan ringan dan 15,4% mengalami kecemasan sedang dan tidak ada pasien dengan

tingkat kecemasan berat maupun panik sebelum pelaksanaan treatment (komunikasi terapeutik). Setelah pelaksanaan komunikasi terapeutik 92,3% pasien preoperasi tingkat kecemasannya menjadi ringan dan hanya 7,7% tingkat kecemasannya menjadi sedang.

Dalam penelitian Anderson (1986) mendapatkan bahwa jumlah informasi yang diberikan oleh dokter kepada pasien rata-rata 18 jenis informasi untuk diingat, ternyata hanya mampu mengingat 31%. Ley dan Spelman (1967) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter dan perawat salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis (sulit untuk dimengerti) dan banyaknya instruksi yang harus diingat oleh pasien,(dikutip oleh Ikawati, 2011). Dari latar belakang tersebut diatas maka penulis tertarik untuk mengambil judul skripsi “ Hubungan Komunikasi Terapeutik Verbal dan Non Verbal Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus”.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah *correlation study*, yaitu penelitian untuk melihat hubungan antara komunikasi terapeutik verbal dan non verbal perawat dengan kecemasan penunggu pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD

Kab Kudus. Pendekatan yang digunakan secara *cross sectional* yaitu mengcrosskan komunikasi terapeutik verbal dan komunikasi terapeutik nonverbal dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus dengan cara melakukan pengukuran variabel kecemasan dan komunikasi terapeutik hanya satu kali, pada waktu yang bersamaan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan metode Kuantitatif. Pada Metode ini data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik. Pada penelitian ini populasinya adalah keluarga pasien yang di rawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus yaitu sebanyak 60 orang Pada penelitian ini sampel diambil dari keluarga pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kudus dengan metode *consecutive sampling*, yaitu sebanyak 37 orang.

Instrumen yang digunakan untuk mengetahui tingkat kecemasan menggunakan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRSA) yang sudah tervalidasi. Kuesioner tentang komunikasi terapeutik perawat yang dibuat sendiri dengan panduan bab II, terdapat 20 pertanyaan dengan jawaban “ya” dan “tidak”.

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan salah satu uji statistik non parametrik dengan menggunakan rumus *chi-square*. Skala yang digunakan adalah skala nominal pada komunikasi dan ordinal pada tingkat kecemasan. Analisa

bivariat dengan *chi-square* diolah dalam bentuk *cross tab* kemudian ditentukan nilai *p-value*-nya. Apabila hasil analisis *chi-square* didapatkan *p value*-nya $< 0,05$ maka dikatakan ada hubungan antara kedua variabel yang diteliti.

HASIL PENELITIAN

A. Analisa Univariat

1. Pelaksanaan Komunikasi Verbal dan Nonverbal

Menurut distribusi jawaban responden tentang komunikasi terapeutik verbal dan non verbal perawat yang perlu mendapat perhatian adalah sebanyak 33 (89,2%) responden menjawab bahwa perawat tidak menjelaskan berapa lama waktu yang diperlukan untuk interaksi antara perawat dengan keluarga pasien. Dan juga 29 (78,3%) responden menjawab bahwa perawat tidak menyimpulkan proses dan hasil interaksi berdasarkan tujuan awal dengan keluarga dan sebanyak 19 (51,3%) responden menjawab bahwa perawat tidak sedikit membungkuk kearah responden pada saat berkomunikasi. Berdasarkan tingkat komunikasi verbal dan non verbal di dapatkan hasil dari 37 Responden sebagian besar mengatakan bahwa komunikasi verbal dan non verbal yang dilakukan perawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus adalah baik 51,4 % (19 orang), yang mengatakan sedang adalah 43,2 % (16 orang) dan mengatakan kurang adalah 5,4 % (2 orang).

2. Tingkat Kecemasan

Menurut distribusi jawaban responden tentang tingkat kecemasan yang perlu mendapat perhatian adalah adanya pertanyaan yang dijawab “ya” oleh lebih dari 80 % responden, diantaranya adalah cemas akan diagnose dan vonis dokter 35 (94,6%) responden, kemudian terbangun pada malam hari 32 (86,5%) responden, sering kencing 32 (86,4%) responden, dan gelisah 31 (83,1%) responden . Berdasarkan tingkat kecemasan diperoleh hasil dari 37 Responden sebgaiian besar berada pada tingkat kecemasan ringan 59,5 % (22 orang), kecemasan sedang 40,5 % (15 orang), dan tidak ada yang mengalami kecemasan berat.

B. Analisa Bivariat

Dari 37 responden yang menjawab komunikasi verbal dan non verbal perawat kurang 2 responden (5,4%), ke-2 nya mempunyai tingkatan cemas sedang, sedangkan yang mengatakan Komunikasi perawat sedang 16 responden (43,2%): 7 orang berada pada tingkat kecemasan ringan, 9 orang berada pada tingkat kecemasan sedang dan 19 responden (51,4%) yang mengatakan komunikasi verbal perawat baik mempunyai tingkat kecemasan ringan 15 orang dan kecemasan sedang 4 orang. Dengan menggunakan analisa *Chi-Square* didapatkan *Pearson Chi - Square* adalah 7,656 lebih besar dari *Chi-Square table* dengan df 2 $\alpha = 0,05$ sebesar 5,591. Dan terlihat pada kolom *Asymp. Sig* adalah $0,023 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan

komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus.

PEMBAHASAN

Menurut distribusi jawaban responden tentang komunikasi terapeutik verbal perawat yang perlu mendapat perhatian adalah sebanyak 33 (89,2%) responden menjawab bahwa perawat tidak menjelaskan berapa lama waktu yang diperlukan untuk interaksi antara perawat dengan keluarga pasien. Dan juga 29 (78,3%) responden menjawab bahwa perawat tidak menyimpulkan proses dan hasil interaksi berdasarkan tujuan awal dengan keluarga. Hal tersebut tidak sesuai dengan fase hubungan komunikasi terapeutik menurut Stuart (1998) yang dikutip oleh Musliha (2010) yang menyebutkan pada fase orientasi perawat harus merumuskan kontrak dengan klien dan merumuskan tujuan dengan klien. Hal tersebut terjadi karena waktu interaksi yang terbatas antara perawat dengan keluarga sehingga perawat dalam berkomunikasi dengan keluarga hanya menyampaikan hal – yang dianggap penting saja.

Pada pelaksanaan komunikasi non verbal sebanyak 19 (51,3%) responden menjawab bahwa perawat tidak sedikit membungkuk kearah responden pada saat berkomunikasi. Hal tersebut tidak sesuai dengan sikap komunikasi terapeutik menurut Egan yang dikutip Musliha (2010), bahwa membungkuk kearah klien

menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.

Komunikasi verbal dan non verbal perawat dinilai baik oleh responden karena reponden menganggap perawat dapat memberikan informasi yang tepat dan benar tentang kondisi anggota keluarganya yang dirawat dan sebagian besar perawat memberikan keterangan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh keluarga pasien. Untuk membantu meningkatkan perasaan pengendalian diri pada klien dan keluarga salah satunya dapat melalui pemberian informasi dan penjelasan (Tamsuri, 2006).

Dari 37 Responden sebageian besar berada pada tingkat kecemasan ringan 59,5 % (22 orang), kecemasan sedang 40,5 % (15 orang), dan tidak ada yang mengalami kecemasan berat. Dari 37 responden tersebut di ketahui tingkat kecemasan yang dihadapi keluarga bervariasi. Hal ini sesuai dengan pendapat (Setiawati, 2008). Tingkat kecemasan keluarga pasien dipengaruhi oleh koping dan tingkat pengetahuan, informasi dan keyakinan. Dari hasil penelitian responden mengalami kecemasan ringan (59,5%), pada kecemasan ringan ini ketegangan yang dialami sehari-hari akan menyebabkan pasien menjadi waspada dan lapangan persepsi meningkat. Pada tingkat kecemasan ringan ini dapat meningkatkan motivasi dan menghasilkan kreatifitas.

Analisa dengan menggunakan *Chi-Square* menunjukkan *Pearson Chi-Square* adalah 7,565 lebih besar dari *Chi-Square* table dengan df 2 $\alpha=0,05$ sebesar 5,591. Dan terlihat

pada kolom *Asymp. Sig* adalah $0,023 < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus, dan menyatakan bahwa semakin baik komunikasi verbal dan non verbal perawat maka semakin rendah kecemasan keluarga.

Komunikasi verbal dan non verbal mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis, hal ini disebabkan karena keluarga sangat membutuhkan adanya informasi dan penjelasan tentang keadaan anggota keluarganya yang sedang terbaring dan dirawat di unit perawatan kritis. Selama pasien dirawat di ruang perawatan keluarga tidak boleh menunggu dan hanya boleh melihat dari jauh pada jam-jam tertentu sehingga disini keluarga sangat membutuhkan informasi dan bantuan dari perawat untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil kesimpulan untuk menjawab tujuan dari penelitian sebagai berikut :

1. Sebagian besar komunikasi verbal dan non verbal yang dilakukan oleh perawat dinilai baik oleh 51,4%% (19) responden .
2. Sebageian besar keluarga pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab

Kudus, berada pada tingkat kecemasan ringan 59,5 % (22 orang).

3. Ada hubungan komunikasi verbal dan non verbal yang dilakukan perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di Instalasi Perawatan Intensif RSUD Kab Kudus,

SARAN

Saran yang dapat diberikan oleh peneliti adalah :

1. Diharapkan perawat tetap mampu menjalankan komunikasi terapeutik baik verbal maupun non verbal dengan baik dan tepat
2. Rumah sakit hendaknya senantiasa mendorong peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan, khususnya sikap dan kemampuan komunikasi terapeutik.
3. Rumah sakit hendaknya melakukan survey kepuasan pelanggan

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*, Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta..
- Dhian Rahmawati (2003). Hubungan komunikasi perawat dengan tingkat kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis Rumkital dr. Ramelan Surabaya. *Repository UNAIR*.
- Handayani, W. (2011). Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan Dalam Menjalankan Terapi Diet Pada Pasien Hemodialisa DI RSUD DR. Pirngadi Medan. *Repository USU*.
- Ikawati, V. C. (2011). Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Anggota Keluarga terhadap Kecemasan Keluarga Pada Pasien yang Di Rawat Di Unit Perawatan Kritis di RSUD Dr Moewardi Surakarta. *UMS*.
- Keliat, B. A. (2005). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Musliha. (2010). *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nasir, D. (2009). *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoadmojo, S. (2010). *PROMOSI KESEHATAN : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pane, T. H. (2010). Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Yang Menunggu Keluarganya Di Ruang ICU RSUP Haji Adam Malik Medan. *Repository USU*.
- Potter, P. A. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek Edisi 7*, Alih Bahasa Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC.

- Purwanto. (2009). *Komunikasi Untuk Perawat* //http//www/keperawatan.kesehatan.com di akses tanggal 18 Juni 2011.
- Rasmun. (2010). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga. Konsep, Teori,Asuhan Keperawatan Dan Analisa Proses Interaksi*. Jakarta: Fajar Interpratama.
- Salam, N. (2010). Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Haji Medan. *Repository USU*.
- Setiyanti, Y. (2007). Komunikasi Terapeutik antara Perawat dan Pasien. *Repository Padjajaran*.
- Stuart. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5 Alih Bahasa Ramona*. Jakarta: EGC.
- Susan, S. B. (2011). *Pedoman Keperawatan Kritis Edisi 3*. Jakarta: EGC.

Lampiran 5

Jurnal 5

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN
TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN YANG
DIRAWAT DI RUANGAN HCU RSU SELE BE SOLU
KOTA SORONG**

Maria Loihala

Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong

Email: paabar_merlo@yahoo.co.id

Abstract: Relationship of Therapeutic Communication Nurse with Family Anxiety Levels of Patients who were Treated in HCU room, RSU Sele Be Solu Sorong. Patient and family anxiety caused by fear of death, the failure medication complications and cost issues. Communication were not going established between nurses and family members will lead anxiety of family members who were waiting for patients in critical care. For family members, the missing information could resulted in higher anxiety. The aim of study was to determine the relationship therapeutic communication nurse with family anxiety levels of patients were treated in the HCU room, RSU Sele Be Solu Sorong. This study was correlational research design. Total sample were 30 respondents. Data were analyzed by univariate and bivariate. Results showed p value = $0,001 \leq \alpha = 0,05$ then H_0 was rejected. It can be concluded that therapeutic communication nurse related with the family anxiety levels.

Keywords: Communication teraupetik, Nurse, Anxiety

Abstrak: Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang HCU RSU Sele Be Solu Kota Sorong. Kecemasan pasien dan keluarga diakibatkan oleh ketakutan akan kematian, ketidakberhasilan medikasi komplikasi yang terjadi dan masalah biaya. Komunikasi yang dibangun antara perawat dengan anggota keluarga tidak berjalan dengan baik akan menjadikan timbulnya rasa cemas anggota keluarga yang sedang menunggu pasien dalam perawatan kritis. Bagi anggota keluarga, informasi yang kurang mengakibatkan rasa cemas semakin tinggi. Tujuan Penelitian adalah mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSU Sele Be Solu Kota Sorong. Penelitian dengan menggunakan desain penelitian korelasional. Sampel 30 responden. Analisa Data secara univariat dan bivariat. Hasil Penelitian p -value= $0,001 \leq \alpha=0,05$ maka H_0 ditolak, sehingga disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSU Sele Be Solu Kota Sorong.

Kata Kunci: Komunikasi Teraupetik, Perawat, Kecemasan

Anxietas atau perasaan cemas akan lebih jelas ditemukan pada pasien dan keluarga pasien yang masuk rumah sakit dalam ruangan intensif. Kecemasan pada pasien dan keluarga sering diakibatkan oleh ketakutan akan kematian, ketidakberhasilan medikasi komplikasi yang terjadi dan masalah biaya (Ganda, 2009).

Komunikasi merupakan alat penghubung dalam bersosial. Sehingga ilmu komunikasi sekarang sangat berkembang pesat. Salah satu kajian ilmu komunikasi ialah komunikasi kesehatan, yang dimana selalu dilakukan saat berhubungan dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Setiawati, 2007).

Hasil penelitian Vivin Sulastri, (2009) menunjukkan adanya hubungan komunikasi perawat dengan anggota keluarga terhadap kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis (ICU) di RSUD Dr. Mowardi Surakarta. Adanya hubungan dapat diartikan bahwa komunikasi yang dibangun antara perawat dengan anggota keluarga tidak berjalan dengan baik menjadikan timbulnya rasa cemas anggota keluarga yang sedang menunggu pasien dalam perawatan kritis. Bagi anggota keluarga, informasi yang kurang mengakibatkan rasa cemas semakin tinggi, namun dari 30 responden, sebanyak 66,7% mengalami kecemasan sedang.

Dari hasil pengamatan penulis di Ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong kecenderungan yang terjadi yaitu nampak pada hubungan interpersonal perawat dengan pasien dan keluarganya ditunjukkan dengan komunikasi antara perawat yang sering tidak terapeutik saat berinteraksi dengan pasien dan keluarganya, ada beberapa keluhan pasien dan keluarganya terhadap pelayanan yang diberikan yang seharusnya bisa diatasi dengan komunikasi dari perawat.

Banyak faktor penyebab terjadinya kecemasan atau *ansietas* dalam diri pasien dan keluarganya selama pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi terapeutik perawat. Keluarga akan mengalami *ansietas* dan disorganisasi perasaan ketika anggota keluarganya mengalami sakit yang harus dirawat di rumah sakit dan ini akan lebih jelas ditemukan di unit perawatan kritis. Pasien yang dirawat dalam *Critical Care Unit* tidak hanya membutuhkan teknologi dan terapi tapi juga memerlukan perawatan *humanistik* dari keluarganya (Rusmini, 2006).

Pada umumnya pasien yang datang di unit perawatan kritis ini adalah dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan, hal ini yang menyebabkan keluarga dari pasien datang dengan wajah yang sarat dengan bermacam-macam stressor yaitu ketakutan akan kematian, ketidakpastian hasil, perubahan pola, kekhawatiran akan biaya perawatan, situasi dan keputusan antara hidup dan mati, rutinitas yang tidak beraturan, ketidakberdayaan untuk tetap atau selalu berada disamping orang yang disayangi sehubungan dengan peraturan kunjungan yang ketat, tidak terbiasa dengan perlengkapan atau lingkungan di unit perawatan kritis, personel atau staf di ruang perawatan, dan rutinitas ruangan. Semua stressor ini menyebabkan keluarga jatuh pada kondisi krisis dimana coping mekanisme yang digunakan menjadi tidak efektif dan perasaan menyerah atau apatis dan kecemasan akan mendominasi perilaku keluarga. Pada saat demikian perawat kurang atau tidak dapat melaksanakan komunikasi terapeutik yang efektif sehingga keluarga akan terus terpuruk dalam situasi yang demikian dan pada akhirnya asuhan keperawatan yang kita berikan secara komprehensif dan holistik tidak akan tercapai dengan baik (Ganda, 2009).

Menurut data dari Ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong bahwa pasien yang dirawat pada tahun 2013 berjumlah 301 atau rata-rata perbulan 25 pasien dan tahun 2014 pasien yang dirawat berjumlah 360 atau rata-rata

perbulan 30 pasien. Sementara jumlah perawat yang memberikan pelayanan keperawatan di ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong sebanyak 12 perawat.

Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruang HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian korelasional, dimana dalam penelitian ini mengkaji hubungan antar variabel (Nursalam, 2008).

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang dirawat selama satu bulan yang berjumlah 30 responden, dengan teknik sampling *accidental*.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini dengan menggunakan kuesioner yang meliputi kuesioner komunikasi terapeutik yang terdiri dari 14 pernyataan dan kuesioner kecemasan terdiri dari 10 pertanyaan.

HASIL

Tabel 1. Distribusi Menurut Karakteristik Sampel

Variabel	Jumlah	(%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	8	26,7
Perempuan	22	73,3
Pendidikan		
SD	1	3,3
SMP	0	0
SMA/SMK	20	66,7
D.III	6	20
S1	3	10
Umur		
< 25 tahun	3	10
25-30 tahun	8	26,7
>30 tahun	19	63,3
Pekerjaan		
Bekerja	16	53,3
Tidak bekerja	14	46,7

Tabel 2. Distribusi Menurut Komunikasi Terapeutik dan Kecemasan

Variabel	Jumlah	(%)
Komunikasi Terapeutik		
Tidak berhasil	16	53,3
Berhasil	14	46,7
Kecemasan		
Ringan	5	16,7
Sedang	7	23,3
Berat	18	60,0

Sumber: data primer 2015

Tabel 1 menunjukkan karakteristik Sampel diruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong. Dari 30 responden, responden yang paling banyak berjenis kelamin perempuan yaitu 22 (73,3%) di bandingkan dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 8 responden (26,7%). Berdasarkan pendidikan, responden yang berpendidikan SMA/SMK lebih besar pada responden yaitu 20 (66,7 %) yang berpendidikan DIII yaitu 6 (20%) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan S1 yaitu 3 (10%), berpendidikan SD yaitu 1 (3,3%) dan responden SMP 0 (0%). Berdasarkan umur, responden yang berumur >30 tahun yaitu 19 (63,3%), yang berumur 25-30 tahun yaitu 8 (26,7%) dan yang berumur <25 tahun yaitu 3 (10%). Berdasarkan komunikasi terapeutik, responden yang menggunakan komunikasi terapeutik tidak berhasil lebih besar responden yaitu 16 (53,3%) dibandingkan dengan responden yang menggunakan komunikasi terapeutik berhasil yaitu 14 (46,7%).

Berdasarkan kecemasan, responden yang mengalami tingkat kecemasan berat yaitu 18 (60,0%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu 7 responden (23,3%) dan ringan 5 responden (16,7%).

Berdasarkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 30 responden, komunikasi terapeutik tidak berhasil dengan kecemasan berat lebih besar (68,8%) daripada kecemasan sedang (18,8%) dan kecemasan ringan (12,5%). Sedangkan komunikasi terapeutik berhasil dengan kecemasan berat lebih besar (50%) dari pada kecemasan sedang (28,6%) dan kecemasan ringan (21,4%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi-square* diperoleh nilai $p\text{-value} = 0,001 \leq \alpha$ (*alpha*) 0,05 dengan demikian H_0 ditolak yang berarti ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

Tabel 3. Tabel Silang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga

Komunikasi Terapeutik Perawat	Kecemasan						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		f	%
Tidak berhasil	f	%	f	%	f	%	f	%
Tidak berhasil	2	12,5	3	18,8	11	68,8	16	100
Berhasil	3	21,4	4	28,6	7	50,0	14	100
Total	5		7		18		30	100

Sumber : Data Primer 2015

PEMBAHASAN

a. Komunikasi Terapeutik Perawat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menggunakan komunikasi terapeutik tidak berhasil lebih besar yaitu 16 (53,3%) dibandingkan dengan responden yang menggunakan komunikasi terapeutik berhasil yaitu 14 (46,7%). Namun penelitian Sri Asih Rusmini, (2012) di RSUD Doris Sylvanus Palangkaraya didapatkan bahwa perilaku perawat khususnya dalam berkomunikasi kurang baik. Sementara itu penelitian yang dilakukan Hj. Indirawaty di RSUD Haji Sukolilo Surabaya bahwa kepuasan pasien terhadap komunikasi perawat (54, 2%) tidak puas, (16,7%) cukup puas dan (29, 2%) sangat puas.

Menurut Setianti (2007), mengatakan komunikasi merupakan alat penghubung dalam bersosial. Salah satu kajian ilmu komunikasi ialah komunikasi kesehatan, yang dimana selalu dilakukan saat berhubungan dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Komunikasi yang terjalin antara perawat dan pasien disebut sebagai komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani, 2005). Dikatakan lagi oleh Mundakir (2006), bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan. Selanjutnya Siti Fatmawati (2010) mengatakan pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien.

Sementara Mubarak & Chatain, (2009) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik memberikan gambaran yang jelas kepada perawat tentang kondisi pasien yang sedang dirawat, mengenai tanda dan gejala yang ditampilkan

serta keluhan yang dirasakan. Komunikasi terapeutik terjadi apabila didahului hubungan saling percaya antara perawat-pasien.

Menurut asumsi peneliti, keterampilan berkomunikasi harus dimiliki oleh seorang perawat, karena komunikasi merupakan proses yang digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian, memberikan pendidikan atau informasi kesehatan dan mempengaruhi pasien untuk mengaplikasikannya dalam hidup, menunjukkan kepedulian, memberikan rasa nyaman, menumbuhkan rasa percaya diri dan menghargai nilai-nilai pasien, karena komunikasi efektif merupakan hal penting dalam menciptakan hubungan antara perawat dan pasien.

b. Kecemasan Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengalami tingkat kecemasan berat yaitu 18 (60,0%) lebih besar dibandingkan dengan responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu 7 responden (23,3%) dan ringan 5 responden (16,7%). Namun menurut penelitian yang dilakukan Prihatiningsih (2012) menunjukkan bahwa tingkat kecemasan keluarga pasien di Ruang Melati RSUD Kebumen mayoritas berkategori sedang (62,7%).

Kecemasan disebabkan faktor patofisiologis maupun faktor situasional (Sutrimo, 2012). Penyebab kecemasan tidak spesifik bahkan tidak diketahui oleh individu. Perasaan cemas diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, dapat juga diekspresikan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala dan mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan (Stuart 2007).

Kecemasan disebabkan faktor patofisiologis maupun faktor situasional (Sutrimo, 2012). Penyebab kecemasan tidak spesifik bahkan tidak diketahui oleh individu. Perasaan cemas diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, dapat juga diekspresikan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala dan mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan (Stuart 2007).

Menurut asumsi penulis, kecemasan merupakan perasaan tidak menentu yang umumnya tidak menyenangkan. Kecemasan dialami oleh keluarga pasien dikarenakan ketakutan akan penyakit yang diderita oleh pasien. Dengan komunikasi terapeutik yang efektif, maka tingkat kecemasan juga akan berkurang.

c. Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan

Komunikasi terapeutik memberikan gambaran yang jelas kepada perawat tentang kondisi pasien yang sedang dirawat, mengenai tanda dan gejala yang ditampilkan serta keluhan yang dirasakan. Komunikasi terapeutik terjadi apabila didahului hubungan saling percaya antara perawat-pasien.

Berdasarkan uji statistik didapatkan bahwa $p=0,001 \leq 0,05$ ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong. Penelitian ini sama dengan penelitian Vivin Sulastri, (2009) yang menunjukkan bahwa adanya hubungan komunikasi perawat dengan anggota keluarga terhadap kecemasan keluarga pada pasien yang dirawat di unit perawatan kritis (ICU) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Penelitian Rusmini, (2006) tentang hubungan komunikasi terapeutik dengan kecemasan keluarga di RSUD Doris Sylvanus Palangkaraya didapatkan bahwa perilaku perawat khususnya dalam berkomunikasi kurang baik.

Adanya hubungan dapat diartikan bahwa komunikasi yang dibangun antara perawat dengan anggota keluarga tidak berjalan dengan baik menjadikan timbulnya rasa cemas anggota keluarga yang sedang menunggu pasien dalam perawatan kritis.

Menurut Ganda (2009) bahwa *Ansietas* atau perasaan cemas akan lebih jelas ditemukan pada pasien dan keluarga pasien yang masuk rumah sakit dalam ruangan intensif. Kecemasan pada pasien dan keluarga sering diakibatkan oleh ketakutan akan kematian, ketidakberhasilan medikasi komplikasi yang terjadi dan masalah biaya. Sedangkan Stuart (2007) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan emosi subjektif yang membuat individu tidak nyaman, ketakutan yang tidak jelas dan gelisah, dan disertai respon otonom.

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal meliputi pendidikan dimana pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisis akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah baru, hal ini sesuai dengan hasil

penelitian bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA/SMK yaitu 20 (66,7%) yang berpendidikan DIII yaitu 6 (20%) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan S1 yaitu 3 (10%).

Selain faktor pendidikan faktor lainnya adalah jenis kelamin dimana gangguan kecemasan tingkat panik lebih sering dialami wanita daripada pria. Dampak negatif dari kecemasan merupakan rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata maupun potensial. Keadaan cemas akan membuat individu menghabiskan tenaganya, menimbulkan rasa gelisah, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam situasi interpersonal maupun hubungan sosial, hal ini sama dengan hasil penelitian bahwa menunjukkan bahwa responden sebagian besar responden jenis kelamin perempuan yaitu 22 responden (73,3%). Faktor selanjutnya adalah usia. Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua, hal ini berbeda dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berumur >30 tahun pada responden yaitu 19 (63,3%).

Teori konflik memandang cemas sebagai pertentangan antara dua kepentingan yang berlawanan. Kecemasan terjadi karena adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan. Konflik menimbulkan kecemasan, dan cemas menimbulkan perasaan tak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan. Selain itu teori kajian keluarga mengatakan bahwa Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan cemas terjadi didalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi (Stuar, 2007).

Smet (1994) menjelaskan bahwa perawat jarang melakukan komunikasi interpersonal dengan pasien, dan dikemukakan oleh Ellis (2009) bahwa hal tersebut disebabkan oleh (1) kurangnya kesadaran diri perawat, (2) kurangnya pelatihan keterampilan interpersonal yang

sistematik, (3) kurangnya kerangka konseptual dan, (4) kurangnya kejelasan tujuan.

Menurut Abraham (1997) bahwa ketidakmampuan perawat dalam menerapkan komunikasi terapeutik akan berdampak negatif bagi mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit serta akan menimbulkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien yang dirawat baik di ruang bedah, ruang penyakit dalam maupun ruangan anak mempunyai rasa kekuatiran akibat proses hospitalisasi. Jika kekuatiran tidak dikomunikasikan maka akan mengganggu hubungan perawat-pasien, serta akan dapat meningkatkan kecemasan pasien. Pasien dalam keadaan cemas, lebih cenderung mengalami sensasi jasmaniah dan tanda-tanda terancam. Kecemasan bila berlanjut dapat mempengaruhi status kesehatan serta dapat mengubah prosedur diagnosa yang telah ditentukan. Untuk dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menghadapi suatu tindakan perawatan salah satunya maka komunikasi terapeutik perawat-pasien perlu dibangun agar, pasien dapat memilih alternatif *coping* yang positif bagi dirinya (Stuart, 2007).

Menurut asumsi penulis, Perawat memegang penting dalam layanan kesehatan kepada pasien dan keluarga. Komunikasi merupakan alat penghubungnya. Upaya penurunan kecemasan dapat dilakukan dengan menjalin hubungan komunikasi yang baik, dalam hal ini komunikasi terapeutik.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan keluarga yang dirawat di ruangan HCU RSUD Sele Be Solu Kota Sorong.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham. 1997. *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
<http://ris.uksw.edu/download/jurnal/kode/J01145>. (Akses 12 Mei 2015)
- Ellis. 2009. *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan Teori dan Praktik*. Alih bahasa: Susi Purwoko; Editor: Setiawan. Jakarta: EGC.
- Fatmawati. 2010. *Komunikasi Keperawatan Plus materi Komunikasi Terapeutik*. Yogyakarta: Medical Book.
- Ganda. 2009. *Petunjuk Praktis Cara Mahasiswa Belajar di Perguruan Tinggi* [online].ed.Canada: Thomson. <http://books.google.co.id/books?id=atD2wBku45YC&pg=PA5&dq=mahasiswa+adalah&hl=id&ci=v9yrTom4IM3wrQf0>

Loihala, Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien 181

- 5TjDA&sa =X&oi= book_result&c
t=result&resnum=
6&ved=0CEIQ6AEwBQ#v=on
epage&q=mandiri&f=fals. Jakarta:
Grasindo. (Akses 12 Mei 2015)
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W.I. Chayatin, N. 2009. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/119/jtptunimus-gdl-caturhardi-5908-4-daftarpa.pdf> (Akses 4 April 2015)
- Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi Dalam Pelayanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/161/jtptunimus-gdl-tamioksani-8014-5-daftarpp.pdf> (Akses 2 Juni 2015)
- Prihatiningsih, D. 2012. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Melati RSUD Kebumen. STIKES Muhammadiyah Gombong*. http://uda.ac.id/jurnal/files/Ganda_FIK.pdf
- Rusmini. 2006. *Perkembangan anak dan remaja*. Jakarta: PT. Rincka Cipta. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/134/jtptunimus-gdl-odefandier-6682-5-daftarpp-3.pdf> (Akses 4 April 2015)
- Setianti. 2007. *Komunikasi Terapeutik Antara Perawat dan Pasien*. http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/01/komunikasi_terapeutik.pdf. (Akses 2 Juni 2015)
- Setiawati, A., Suyatna, F.D., dan Gan, Sulistia. 2007. *Farmakologi Dan Terapi*. Jakarta: Departemen Farmakologi dan Terapeutik FKUI. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/25624/2/Reference.pdf> (Akses 2 Juni 2015)
- Smet. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta. Gramedia Widiasarana Indonesia. <http://ris.uksw.edu/download/jurnal/kode/J01145>. (Akses 12 Mei 2015)
- Stuart. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC. [http:// repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/34273/1/Reference.pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/34273/1/Reference.pdf) (Akses 17 Februari 2015)
- Sugiyono. 2004. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Penerbit Alfabet. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/34273/1/Rference.pdf> (Akses 2 Juni 2015)
- Sutrimo. A 2012. *Pengaruh Guided Imagery and Music (GIM) terhadap kecemasan pasien pre operasi section caesarea di RSUD Banyumas*. S1 Keperawatan, FK Universitas Jenderal Soedirman Purwokerto. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/13/01-gdl-nurkasanans-617-1-s10030n-a.pdf> (Akses 2 Juni 2015)
- Suryani. 2005. *Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktik*. Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.
- Vivin Sulastri. 2009. *Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Anggota Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien yang Dirawatn di Unit Perawatan Kritis di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. [https:// publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/3629/VIVIN%20CANDRA%20IKAWAT-SULASTRI%20Fix.pdf?sequence=1](https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/3629/VIVIN%20CANDRA%20IKAWAT-SULASTRI%20Fix.pdf?sequence=1) (Akses 2 Juni 2015).

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN TINGKAT KECEMASAN
KELUARGA PASIEN DI *INTENSIVE CARE UNIT* (ICU)
RS ADI HUSADA KAPASARI SURABAYA**

Rina Budi Kristiani¹, Alfia Nafisak Dini²

Akademi Keperawatan Adi Husada Surabaya

¹ rinabudikristiani.rb@gmail.com, ² alfianavisadini@gmail.com

ABSTRAK

Kecemasan yang terjadi pada keluarga pasien biasanya disebabkan karena kurangnya informasi tentang perawatan di ICU, dan ketatnya peraturan-peraturan diruang ICU yang menyebabkan keluarga merasa tidak dapat menjaga pasien secara dekat, sehingga menimbulkan perasaan cemas bagi keluarga. Kecemasan sering dijumpai pada keluarga pasien di ruangan ICU. Salah satu faktor penyebab kecemasan keluarga pasien adalah kurangnya komunikasi terapeutik perawat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pada pasien di ICU RS Adi Husada Kapasari Surabaya. Desain dari penelitian ini menggunakan metode survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*, lokasi penelitian di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya, waktu yang dibutuhkan sekitar April -Mei 2017. Populasi dari penelitian adalah Seluruh keluarga pasien yang berada diruang tunggu ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya sekitar 15 responden. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*. Instrumen yang digunakan yaitu kuisisioner komunikasi terapeutik dan *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS). Hasil dari penelitian yang memiliki komunikasi terapeutik baik sebanyak 7 (47%), sedangkan keluarga pasien kebanyakan mengalami kecemasan sedang sebanyak 7 (47%) sampai dengan berat 3 (20%). Hasil uji korelasi *spearman* di dapatkan *p value* = 0,028 dan koefisien korelasi *spearman* (*r*) = 0,566. Implikasi penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mengurangi kecemasan bagi keluarga pasien.

Kata kunci : Kecemasan Keluarga, ICU, Komunikasi Terapeutik

ABSTRAK

*The anxiety that occurs in the patient's family is usually caused by a lack of information on intensive care unit care, and the intensive regulation of the room care unit that causes the family to feel unable to keep the patient closely, causing anxiety for the family. Anxiety is often seen in the patient's family in the ICU room. One of the factors causing patient's family anxiety is the lack of therapeutic communication of nurses. This study aims to analyze the relationship of therapeutic communication with family anxiety level in patients in ICU RS Adi Husada Kapasari Surabaya. The design of this study using analytical survey method with cross sectional approach, research location in ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya, the time required around April-May 2017. Population of the research is All family of patients who are waiting room ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya about 15 respondents. The sampling technique used is total sampling. The instruments used are therapeutic communication questionnaire and Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). The results of the study had 7 (47%) good therapeutic communication, while most patients experienced moderate anxiety as much as 7 (47%) to 3 (20%). Spearman correlation test results obtained *p value* = 0.028 and spearman correlation coefficient (*r*) = 0.566. The implications of this study indicate that therapeutic communication is necessary to reduce anxiety for the patient's family.*

Keywords: Family Anxiety, ICU, Therapeutic Communication

PENDAHULUAN

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketengangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah

atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan perubahan fisiologis dan psikologi¹. Reaksi emosional yang biasa

dialami keluarga pasien di ruang intensif adalah kecemasan, kemarahan, berduka, harapan, cinta, depresi tidak berdaya, kesepian atau kesetiaan². Kecemasan dapat dialami oleh semua usia dan pada siapa saja, salah satunya dapat dialami oleh keluarga pasien yang berada di ICU pada saat menghadapi keadaan yang kritis, beberapa reaksi kecemasan yang timbul menurut Stuard & Tomb (2002) seperti perasaan sedih, bertanya-tanya terus, khawatir dan merasa takut.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Desember 2016 di ruang ICU "RS ADI HUSADA KAPASARI" menunjukkan bahwa sebanyak 8 dari 10 orang yang memiliki keluarga yang dirawat di ICU mengatakan cemas karena keluarga pasien merasa takut kehilangan, dan sebagian keluarga lainnya mengatakan cemas karena biayanya yang mahal dan lamanya pengobatan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Astuti & Sulastri, (2012) angka kejadian kecemasan di ruang ICU RS Islam Pekanbaru adalah kecemasan ringan (15%), sedang (72%), dan berat (12,5%). Penelitian di New York Amerika Serikat diperoleh dari 50 ribu orang yang anggota keluarganya dirawat beberapa rumah sakit di New York, 30% mengalami kecemasan berat, kecemasan tersebut disebabkan oleh beberapa faktor yaitu takut kehilangan (21,3%), kurang informasi (5%), takut akan hal yang tidak diketahui (10,7%), masalah sosial ekonomi (10,7%), takut akan kecacatan (63%) (Kumala Sari, 2010).

Kecemasan yang terjadi pada keluarga pasien biasanya disebabkan karena kurangnya informasi tentang perawatan di ICU, dan ketatnya peraturan-peraturan di ruang ICU yang menyebabkan keluarga merasa tidak dapat menjaga pasien secara dekat, sehingga menimbulkan perasaan cemas bagi keluarga. Kecemasan pada keluarga pasien secara tidak langsung mempengaruhi kondisi pasien yang dirawat di ruang ICU, hal ini terjadi jika keluarga pasien mengalami kecemasan maka berakibat pada pengambilan keputusan yang tertunda. Pengambilan keputusan yang tertunda akan merugikan pasien yang seharusnya diberikan tindakan pengobatan, namun keluarga pasien belum bisa memberikan keputusan karena mengalami kecemasan sehingga dapat berdampak buruk pada kondisi pasien itu sendiri⁵.

Berdasarkan penyebab dan dampak diatas, perawat seharusnya memberikan pengetahuan tentang tindakan yang dilakukan selama proses perawatan di ruang *intensive* dan memotivasi keluarga agar selalu mendoakan pasien, salah satunya dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang terjadi antara perawat dengan keluarga pasien secara aktif, mendengarkan dan memberi respon kepada keluarga pasien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami sehingga dapat mendorong keluarga pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya, serta memberikan informasi tentang kondisi keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU⁶. Tujuan penelitian ini adalah menganalisa hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pada pasien di ICU RS Adi Husada Kapasari.

METODE

Desain penelitian ini bersifat analitik. Pendekatan pada penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* yang merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat yang bersamaan. Populasi penelitian adalah Seluruh keluarga pasien yang berada di ruang tunggu ICU RS ADI HUSADA KAPASARI. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total *sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 15 responden. Instrumen dalam penelitian ini terdiri dari kuisioner komunikasi terapeutik dan kuisioner HARS yang telah dilakukan pada 15 responden yang merupakan keluarga pasien di ICU RSAH Kapasari Surabaya.

HASIL

Data Umum

Tabel 1. Karakteristik Responden di ICU RSAH Kapasari Surabaya bulan April – Mei 2017 (n=15)

No	Karakteristik	f	%
1	Jenis kelamin		
	Laki-Laki	7	47%
	Perempuan	10	67%
2	Umur		
	18 – 25 tahun	7	47%
	25 – 65 tahun	6	40%
	> 65 tahun	2	13%
3	Pendidikan		
	SD	5	33%

SMP	6	40%
SMA	4	27%

Berdasarkan Tabel 1 Menunjukkan bahwa dari 15 responden penelitian, sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 orang (67%) responden, sebagian besar responden penelitian berusia 18 – 25 tahun sebanyak 7 orang (47%) responden dan sebagian besar tingkat pendidikan SMP sebanyak 9 orang (60%).

Data Khusus

Tabel 4. Komunikasi Terapeutik di ICU RSAH Kapasari Surabaya April – Mei 2017.

Kualifikasi	f	%
Baik	7	47
Cukup	4	27
Kurang	4	27
Jumlah		100

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa dari 15 responden didapatkan responden sebagian besar baik (47%) responden tentang komunikasi terapeutik.

Tabel 5. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di ICU RSAH Kapasari Surabaya April – Mei 2017.

Kualifikasi	f	%
Tidak Kecemasan	0	0
Kecemasan Ringan	5	33
Kecemasan Sedang	7	47
Kecemasan Berat	3	20
Panik	0	0
Jumlah		100

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 15 responden yang diteliti didapatkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami kecemasan sedang yaitu 7 orang (47%) dan tidak ada responden yang mengalami tidak cemas.

Tabel 6. Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di ICU RSAH Kapasari Surabaya April – Mei

Komunikasi Terapeutik	Tingkat Kecemasan Keluarga			Total
	Cemas ringan	Cemas sedang	Cemas berat	
Baik	3	4	0	7
Cukup	2	2	0	4
Ringan	0	1	3	4
Total	5	7	3	15

Koefisien korelasi $p=0,028$, $r=0,566$

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa nilai terbanyak pada responden yang berkontribusi pada keluarga yang melakukan komunikasi terapeutik baik memiliki tingkat kecemasan sedang sebanyak 4 responden, yang melakukan komunikasi terapeutik cukup memiliki tingkat kecemasan sedang sebanyak 2 responden, dan yang melakukan komunikasi terapeutik kurang memiliki tingkat kecemasan berat sebanyak 3 responden. Hasil uji statistik korelasi spearman rank diperoleh nilai signifikansi $< 0,028$ dengan $p < 0,05$. Hal ini menunjukkan terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik dengan penurunan tingkat kecemasan keluarga di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya.

PEMBAHASAN

Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Di Ruang Tunggu ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya. Pada tabel 6 didapatkan hasil analisis korelasi mengenai hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang tunggu ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya menggunakan korelasi *spearman rank* diperoleh dengan signifikansi sebesar 0,028 menunjukkan semakin baik komunikasi terapeutik maka tingkat kecemasan keluarga pasien akan semakin ringan, dalam teori dijelaskan bahwa komunikasi merupakan hal yang sangat penting untuk memberikan informasi kepada keluarga pasien dan untuk pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien. Menurut Arwani, (2002) komunikasi yang bertujuan untuk menumbuhkan rasa percaya diri seseorang terhadap penyampaian pesan, sehingga terbina hubungan yang saling percaya. Sementara menurut Tsamsuri, (2006) menjelaskan bahwa komunikasi dapat menjadi

jembatan atau penghubung dalam menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien.

Pengalaman cemas setiap individu bervariasi bergantung pada situasi dan hubungan interpersonal. Menurut Stuart dan Tomb (2007) ada dua faktor presipitasi yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor internal meliputi pendidikan dimana pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berfikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMP yaitu 6 (40%) di bandingkan dengan responden berpendidikan SMA yaitu 4 (27%). Selain faktor pendidikan faktor lainnya adalah jenis kelamin dimana gangguan kecemasan lebih sering dialami oleh perempuan dari pada laki – laki. Dampak dari kecemasan rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata maupun potensial. Hal ini sama dengan hasil penelitian bahwa menunjukkan sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu 10 orang (67%) responden. Faktor selanjutnya adalah usia. Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan dengan individu dengan usia yang lebih tua. Hal ini sama dengan hasil penelitian sebagian besar responden berusia 18 – 25 tahun sebanyak 7 (47%) responden. Dari hasil interaksi inilah perawat dapat mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga pasien, sehingga perawat dapat merencanakan, melakukan tindakan, dan mengevaluasi permasalahan yang sedang dialami oleh keluarga pasien. Selain itu komunikasi terapeutik juga mengajarkan teknik – teknik yang dapat digunakan untuk mengawali pembicaraan sehingga dapat diperoleh oleh semua pihak agar dapat mencapai tujuan keperawatan yang diinginkan dari hasil interaksi yang dilakukan oleh perawat dan klien.

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti diperoleh nilai korelasi 0,0566 dengan signifikansi sebesar 0,028 yang artinya memiliki korelasi sedang. Kemudian dilakukan perbandingan dimana, dapat diketahui bahwa signifikansi lebih kecil dari pada α ($\alpha < 0,05$) sehingga dapat diambil kesimpulan maka H_0 ditolak atau H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan tingkat

kecemasan keluarga pasien di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya. Hasil diatas menunjukkan semakin baik komunikasi terapeutik maka tingkat kecemasan keluarga pasien semakin ringan, atau dapat dikatakan antara variabel komunikasi terapeutik dan variabel tingkat kecemasan keluarga pasien memiliki hubungan yang berkebalikan. Peneliti berasumsi bahwa ada penyebab lain dari dari kecemasan keluarga yang tetap tidak dapat diselesaikan dengan komunikasi terapeutik. Demikian halnya dengan komunikasi terapeutik yang sudah dianggap baik oleh responden akan tetapi masih ditemukan adanya kecemasan berat. Peneliti berasumsi bahwa ada faktor – faktor tertentu yang menyebabkan kecemasan pada keluarga pasien selain kurangnya komunikasi terapeutik. Misalnya masalah biaya perawatan yang tidak terkaji dan juga karena diruangan ICU merupakan lingkungan yang menakutkan bagi keluarga pasien diruangan ini banyak aturan dan waktu pengunjung yang sangat minim, sehingga faktor itulah yang menyebabkan kecemasan pada keluarga selain kurangnya komunikasi terapeutik.

KESIMPULAN

1. Karakteristik responden berdasarkan usia 18 – 25 tahun yaitu 7 orang (47%), riwayat pendidikan terakhir sebagian besar SMP yaitu 6 orang (40%), Jenis kelamin sebagian besar perempuan yaitu 10 orang (67%).
2. Komunikasi terapeutik di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya paling banyak adalah komunikasi terapeutik dalam kategori baik responden sebanyak 7 (47%)
3. Tingkat kecemasan keluarga pasien di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya paling banyak adalah tingkat kecemasan dalam kategori cemas sedang responden sebanyak 6 (40%)
4. Hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya diperoleh dari hasil uji korelasi *spearman* dengan nilai ($p=0,028$ $r = 0,556$). Artinya terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien atau semakin baik komunikasi perawat akan menurunkan tingkat

kecemasan keluarga pasien di ICU RS. Adi Husada Kapasari Surabaya.

SARAN

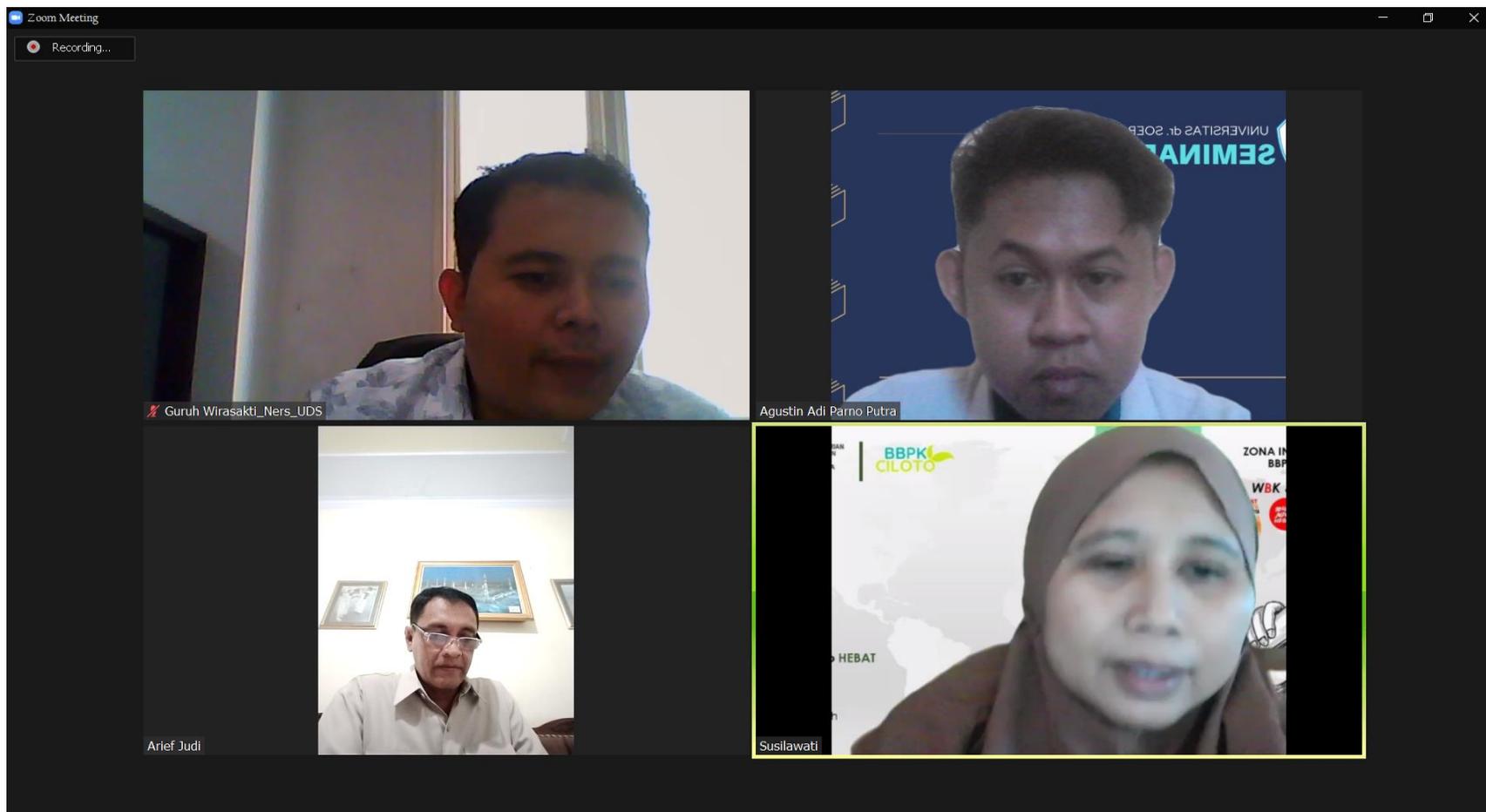
1. Bagi perawat dan tenaga medis Komunikasi terapeutik perawat sudah dinilai baik oleh hampir seluruh keluarga pasien, perlu dipertahankan untuk selalu menggunakan komunikasi terapeutik guna meminimalkan kecemasan keluarga pasien di ICU.
2. Bagi peneliti selanjutnya hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi bagi peneliti, dan dapat digunakan sebagai data dasar penelitian lebih lanjut terkait komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.
3. Bagi institusi akademik diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan untuk meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai komunikasi terapeutik dengan tingkat kecemasan keluarga pasien.
4. Bagi responden dianjurkan kepada keluarga pasien untuk mencari informasi pada perawat sehingga dapat mengurangi tingkat kecemasan keluarga pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kholilur Rochman. (2010). Kesehatan Mental . Fajar Media Press : Purwokerto
2. Smeltzer, Gail. W. (2002). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC
3. Stuard and Tomb. (2002). Buku Saku Keperawatan Jiwa. Jakarta : EGC
4. Astuti and Sulastri. (2012). Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang ICU. [www/http: ppjp.unlam.ac.id](http://ppjp.unlam.ac.id). Tanggal 19 Desember 2016. Jam 16.00 WIB
5. Davidson, dkk. (2007). Terapi Kognitif Untuk Depresi Dan Kecemasan. Semarang : IKIP Semarang
6. Videbeck, SL. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, EGC: Jakarta

Lampiran 7

DOKUMENTASI



LEMBAR KONSUL



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) dr. SOEBANDI

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan
Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp./Fax. (0331) 493636
E-mail : info@stikesdrsoebandi.ac.id Website : <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES dr. SOEBANDI

Judul Skripsi : Hubungan komunikasi kesehatan perawat dengan tingkat kecomakan keluarga pasien dengan letak rawat Care Unit

Pembimbing I : Anes Juri Susilo, S. Ke., M. Ke.

Pembimbing II : Guruh Wirasakti, S. Ke., Ns., M. Ke.

Pembimbing I				Pembimbing II			
No.	Tanggal	Materi yang dikonsultasikan dan masukan pembimbing	TTD DPU	No.	Tanggal	Materi yang dikonsultasikan dan masukan pembimbing	TTD DPA
1.	06/2021/02	Konsultasi Judul - Hubungan komunikasi kesehatan perawat dengan tingkat kecomakan pasien dalam rumah rawat rawat inap dan unit ICU		1.	15/2021/10	Revisi List Jurnal - Pahami teori dan asah konsep teori	
2.	16/2021/09	Revisi Bab 1, 2, 3		2.	20/2021/05	- Buat Bab 1 - Revisi Bab 3 dan - Daftar Pustaka	
3.	26/2021/09	Konsul Pasa Bab 1		3.	09/2021/05	Konsul Bab 1	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
dr. SOEBANDI**

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. DIII Kebidanan
Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp./Faks. (0331) 483536.
E-mail info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

4	20/2021 /09	Konsep Rensi BAB II	/	4.	09/2021 /05	Konsep Rensi BAB III	Alh
5	2/2021 /09	Konsep Rensi BAB III Bentuk Sana Tubuh	/	5.	09/2021 /06	Konsep Rensi BAB II	Alh
6	2/2021 /06	Sup Uji - Proposal Skripsi	/	6.	09/2021 /06	Acc Usman Proposal	Alh
7.	23/2021 /07	Publikasi BB 495	/	7.	23/2021 /07	Babak Hasil dan Pembahasan	Alh
8.	26/2021 /07	Publikasi BB 495	/	8.	24/2021 /07	Konsep Bab 4	Alh



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
dr. SOEBANDI**

Program Studi : 1. Ners 2. Ilmu Keperawatan 3. Farmasi 4. Dili Kebidanan
Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp./Fax. (0331) 482536
E-mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

9.	24/2021 07	Konsul Feni bab 4+5	9	9.	25/2021 07	Konsul Bab 5	Uch
10.	29/2021 07	Konsul Feni Bab 6	9	10.	27/2021 07	Konsul Bab 6	Uch
11.	02/2021 08	Konsul Feni Abstrak	9	11.	31/2021 07	Konsul Abstract	Uch
12.	02/2021 08	Sij Uji Skripsi	9	12.	02/2021 08	Acc Ujian Haru	Uch

Lampiran 9

Kalender Penyusunan Skripsi

Kegiatan	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus
Pengajuan Judul												
Penyusunan Proposal												
Sidang Proposal												
Penyusunan Hasil												
Sidang Hasil skripsi												

Lampiran 10**CURICULUM VITAE****A. Biodata Pribadi**

1. Nama : Agustin Adi Parno Putra
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Tempat Tanggal Lahir : Bojonegoro, 20 Maret 1999
4. Kewarganegaraan : Indonesia
5. Status : Belum Menikah
6. Agama : Islam
7. Alamat : Mlideg Kec. Kedungadem Kab. Bojonegoro
8. No. Hp : 081357774824
9. Email : adhyputra692@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD : SDN 1 Sempol
2. SMP : SMPN 1 Sempol
3. SMA : SMAN 1 Tenggarang
4. Perguruan Tinggi : Universitas dr. Soebandi, Prodi S1 Ilmu Keperawatan

C. PENGALAMAN ORGANISASI

1. Anggota BEM Universitas dr. Soebandi Periode Tahun 2019 - 2020